

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

A CURA DA CULTURA DA CURA

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Assistente Social pela Acadêmica Annemarie Janssen, Orientado pela professora doutora Ivete Simionatto.

Aprovado Pelo DSS
Em 07/07/97

ANNEMARIE JANSSEN


Marly Venzon Tristão
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSO

**Florianópolis,
julho 1997**

*Cultura é o que subsiste quando
se esquece o que se aprendeu.*

Selma Lagerlöf

Dedico este trabalho à pessoa que significou, nesta caminhada, o "porto seguro"... a força e estímulo que me impulsionaram a prosseguir sempre. Pessoa, esta, que se fez merecedora da minha admiração mais sincera e do meu carinho mais profundo.

A minha mãe, Renate, todo meu amor e eterna gratidão, por tudo que, pra mim, significa como mulher, amiga e ser humano.

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, tornaram possível a realização deste trabalho, em especial a minha família e meus amigos.

Agradeço à Ivete pela disponibilidade em orientar a elaboração deste trabalho, e a todas as pessoas que, junto a mim, somaram virtudes, dividiram atritos e multiplicaram bons momentos.

Meu mais sincero agradecimento a todos aqueles que, ao longo da caminhada, foram ESPECIAIS, tornando minha vida mais cheia de brilho e minhas lembranças, sem sombra de dúvida, repletas de SAÚDE...

Obrigada!

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	O MODELO HEGEMÔNICO DE SAÚDE E A CULTURA DA CURA	15
3	A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONSTATAÇÕES, LIMITES E PROPOSTAS PARA A CURA DA CULTURA DA CURA	41
4	O SERVIÇO SOCIAL E A CURA DA CULTURA DA CURA – APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS	60
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
	BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR	78
	ANEXOS	82

1 INTRODUÇÃO

Não poderíamos iniciar qualquer consideração sem tecer, anteriormente, algumas colocações acerca da concepção de saúde aqui adotada como marco teórico, condizente com nossas convicções.

Adotamos, pois, o conceito de saúde como **direito**, resultado das discussões travadas na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que concebe **saúde**, de modo geral, como resultante de uma série de fatores: alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. A Saúde reflete, então, nada mais senão a forma como a sociedade está organizada para construir sua vida material – organização, esta, que no decorrer da exposição deixará claro o fato de ser geradora de uma série de desigualdades sociais – em um nível ou outro.

A saúde é, então, resultante de uma série de fatores, e não somente um “Dom” individual, o que nos conduz a concluir que qualquer discussão acerca da mesma não pode, em momento algum, desconsiderar toda essa rede de relações que, de uma ou de outra forma, vem a desencadear demandas de saúde ou doença.

Partindo deste pressuposto, uma série de questões surgiram no decorrer das práticas e observações efetivadas em nível de estágio curricular que, sem sombra de dúvida, poderiam ser “transformadas” em objetos de estudo e

pesquisa, justamente em função da importância e relevância das mesmas, visto que concebemos a sociedade, os indivíduos nela inseridos e, conseqüentemente, a profissão de Serviço Social como uma totalidade, na qual não existe “micro” ou “macro” questões a serem pensadas e trabalhadas, pois estas encontram-se umbilicalmente vinculadas umas às outras. Tudo faz parte de uma só sociedade.

A prática de estágio curricular, em seus três momentos, deu-se no âmbito do Hospital Universitário, mais especificamente na Unidade de Internação Ginecológica, cuja demanda era composta de mulheres portadoras de câncer de mama e colo uterino, na grande maioria dos casos.

De que forma, porém, chegamos a delimitar este tema de pesquisa? A partir da constatação do número exacerbado de mulheres portadoras de câncer ginecológico, uma série de questões surgiram em relação ao setor saúde. Buscávamos algum objeto de estudo que pudesse, após “desvendado”, trazer alguma contribuição teórico-prática aos profissionais de Serviço Social que trabalham na área da saúde, mais especificamente com mulheres portadoras de câncer de mama e colo uterino.

Algumas questões tornaram-se bastante claras no decorrer da prática de estágio: de modo geral, o setor saúde enfrenta uma série de dificuldades para implementação efetiva do SUS – faltam profissionais e medicamentos, o salário é baixo, os interesses do complexo médico-industrial são abalados e o poder não se encontra totalmente descentralizado. As políticas de saúde no Brasil,

historicamente, trabalham em prol da manutenção da hegemonia da classe dominante, assim como toda estrutura social – através da atuação das empresas médicas, da privatização, do ensino fragmentado, da predominância do atendimento hospitalar e da assistência **curativa**. O sistema sócio-econômico posto, capitalista, seria desfavorecido caso fosse investido na assistência preventiva ou, como nos convém de modo mais amplo pontuar, num modelo de atenção à saúde preventivo. Se esta é falha, há duas questões a serem avaliadas: a força do capital em lutar contra a assistência preventiva e o papel da sociedade civil buscando a efetivação da referida assistência. “Prevenir – diz o chavão popular – é melhor que remediar”... quais os motivos, porém, que fazem com que as mulheres não procurem um acompanhamento de saúde preventivo?

Este questionamento tornou-se, então, o foco central de nossa preocupação, fazendo emergir a viabilidade e necessidade de aprofundar estudos em relação à esfera cultural.

A questão cultural, hoje, suscita uma série de discussões e questionamentos.

Trata-se de uma esfera que, no que se refere ao apoio e incentivo dos governos em relação a discussões mais amplas e profícuas, possui “raízes” e, por conseguinte, um espaço bastante recente.

De modo geral, não há uma única concepção de cultura, e sim concepções diversas que ora são consensuais, ora se chocam – tornando relativamente

difícil abordar uma temática tão ampla e fluida que, por outro lado, mostra-se tão apaixonante.

Para que a compreensão das afirmativas e discussões existentes no presente trabalho se faça possível, cabe-nos pontuar alguns “eixos”, aqui adotados como marcos teóricos. A argumentação estabelecida no decorrer do trabalho estará limitada à apresentação e análise dos dados obtidos na realização da pesquisa (cujas metodologia e objetivos serão posteriormente expostos), à luz dos referenciais teóricos adotados.

A princípio, concebemos **cultura** como um conjunto de normas, regras, leis, costumes e códigos que asseguram uma ação coletiva. Partimos do pressuposto de ser o homem um “ser social” – que “se constrói” e desenvolve em relação a um contexto social mais amplo. A cultura tem, pois, um caráter de classe, visto que o homem **pensa e age** de acordo com sua posição social – e não ao acaso.

Quando partimos do raciocínio de estarmos inseridos numa sociedade estratificada em, basicamente, duas classes sociais diversas, parece-nos claro que esta diferenciação e contradição de classes igualmente remete a diferenças na forma de pensar e agir no mundo concreto, o que nos conduz a concluir que haja uma cultura “dominante” e uma cultura “dominada”. Permitimo-nos denominar, à luz de certa perspectiva, a cultura “dominada” como cultura popular, ou “do povo”, embora ambos os termos sejam um tanto quanto indefinidos teoricamente (Chauí, 1986).

Partir do raciocínio de que há, basicamente, duas classes sociais distintas, porém, não significa que estejamos desconsiderando as diversas segmentações e estratos existentes no “interior” dessas classes sociais, visto que os critérios de estratificação social não são tão objetivos assim. O fato que afirmamos é que, se acreditamos na existência de uma cultura do povo, ou de “culturas do povo”, estamos igualmente partindo do pressuposto de que haja uma luta de classes em pauta.

A existência de uma **cultura dominante**, e de uma **cultura dominada**, porém, não está diretamente ligada ao fato de que ambas constituem e criam saberes distintos, que não possam, em hipótese alguma, ser apropriados pela “cultura contrária”. Os fatos não se dão de modo tão estanque. O que afirmamos é que a dificuldade de acesso igualitário aos bens culturais desencadeia, em certa perspectiva, diferenças culturais.

Consideramos válido salientar que buscamos romper com o senso comum, que relaciona o termo cultura unicamente ao saber, ao erudito, desprezando, assim, a complexidade das culturas existentes.

O saber, o erudito, são parte da expressão de uma cultura, dominante, embora esta, em hipótese alguma, seja a única existente.

Mais que resgatar a influência da cultura nas ações cotidianas, o presente trabalho buscará apontar alternativas em relação às formas de se viabilizar tanto a busca quanto o acesso à prevenção do câncer ginecológico, cabendo-nos pontuar, então, algumas questões acerca da pesquisa efetivada.

As mulheres internadas na Unidade de Internação Ginecológica do Hospital Universitário raramente procuraram os serviços de saúde para acompanhamento médico ou pré-natal, e somente em algumas exceções haviam realizado exames preventivos de câncer. Logicamente, há toda uma estrutura econômica que dificulta o acesso à saúde às pessoas que possuem, única e exclusivamente, a “liberdade” de vender sua força de trabalho, mas a própria divisão da sociedade em classes sociais estratificadas faz com que estas possuam visões de homem, mundo e sociedade diferenciados, assim como objetivos de vida, prioridades e necessidades.

Em função de alguns problemas institucionais, a Unidade de Internação Ginecológica passou a receber, a partir do início do mês de outubro de 1996, uma demanda cada vez mais reduzida de pacientes com câncer – fato este, que nos conduziu a realizar a pesquisa em nível domiciliar. Foram entrevistadas nove pacientes que, anteriormente, haviam sido internadas no Hospital Universitário para intervenção cirúrgica – “pacientes” com as quais já havíamos mantido contatos. O fato da pesquisa ter trilhado esse caminho, acreditamos, contribuiu muito no sentido da riqueza de dados e relatos coletados, visto que tais mulheres sentiram-se, em larga escala, mais livres e dispostas a contribuir com as “histórias do processo saúde-doença” por elas vivenciado.

O processo/metodologia da pesquisa, deu-se, basicamente, da seguinte forma: a partir da constatação da necessidade de aprofundar estudos em relação à esfera cultural, foi elaborado um projeto de pesquisa pautado no

método dialético, pois segundo Gil (1991, p. 32) ... *para conhecer realmente um objeto é preciso estudá-lo em todos os seus aspectos, em todas as suas relações e todas as suas conexões. Fica claro também que a dialética é contrária a todo conhecimento rígido. Tudo é visto em constante mudança: sempre há algo que nasce e se desenvolve e algo que se desagrega e transforma...* A partir daí foi, então, elaborado o roteiro de entrevistas, sendo que estas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e tabuladas, conforme o conteúdo das respostas obtidas. A pesquisa possuiu um cunho basicamente qualitativo, sendo que, concomitantemente, foi também realizado, uma exaustiva pesquisa bibliográfica a cerca da temática em questão.

As nove pacientes entrevistadas foram questionadas acerca do processo saúde doença por elas vivenciado como um todo (roteiro em anexo), sendo que, a partir daí, foi possível apontar alguns “motivos” que dificultaram tanto a busca quanto o acesso à saúde. Trata-se de pacientes cuja faixa etária é bastante heterogênea (de 35 a 76 anos), que possuem, em média, quatro filhos, baixo grau de escolaridade e atividade laborativa doméstica, com ou sem remuneração. Todas eram portadoras de câncer de colo uterino, com histórias em relação à busca da “cura” bastante semelhantes, principalmente no que se refere ao uso de “técnicas” da “medicina tradicional”,¹ seja ela caseira ou religiosa, e também em relação à “negligência” em relação aos exames preventivos de câncer.

¹ Ver páginas 19 e 24, neste trabalho.

Acreditamos que o fato de as mulheres não procurarem atendimentos de saúde preventivos não se dá ao acaso, ou por um único motivo. A “exclusão” ou a “negligência”, não é unilateral e, neste sentido, precisamos rever algumas posturas.

O presente trabalho, então, objetiva apontar algumas questões em relação à importância de discussões mais amplas acerca da esfera cultural, muitas vezes escamoteada ou vista de forma limitada pelos profissionais de diversas áreas, aqui em especial a da saúde. Buscará demonstrar que, muitas vezes, essa heterogeneidade cultural que podemos constatar é a solução encontrada pelos estratos economicamente desfavorecidos para manutenção da própria vida; que o povo não é uma “tábula rasa”, sem qualquer saber; que é preciso, na luta em prol de um modelo de atenção à saúde preventivo, deixar um pouco de lado esse etnocentrismo que prega que a tendência cientificista é a única “correta”; que o saber não pode ser somente vinculado ao grau de escolaridade e diversas outras questões que devem ser levadas em consideração para que seja possível implementar alternativas de ação em relação a busca da prevenção do câncer e, de modo mais amplo, em busca do modelo de atenção à saúde preventivo.

Não queremos adotar uma postura culturalista, acreditando que somente no âmbito da **cultura** é preciso investir para que as mudanças que almejamos se façam possíveis.

Enquanto profissão de Serviço Social, é necessário que estejamos privilegiando tanto as questões estruturais quanto as superestruturais (cultura,

tradição, valores, etc.). Nenhum critério de análise, seja ele econômico ou cultural, se basta por si só.

Partimos do pressuposto de que a cultura diz respeito à ordem simbólica, e exprime a forma como os homens estabelecem relações entre si e como o mundo exterior (e interpretam essas relações) – sendo que estas, na ordem capitalista, são sempre relações entre classes.

O trabalho apresenta-se subdividido em seis itens, sendo que, após este item introdutório, será apresentado o “modelo hegemônico de saúde e a cultura da cura”. A seguir, serão tecidas algumas considerações acerca da educação em saúde enquanto proposta de cura da cultura da cura e, por fim, algumas aproximações conclusivas em relação à temática em questão, assim como em relação ao Serviço Social. Referências bibliográficas e anexos serão, posteriormente, apresentados.

Esperamos que o presente trabalho sirva como ponto de partida e inspiração para posteriores estudos e práticas a serem efetivadas – não somente pelo Serviço Social, mas por todos os profissionais que estejam convencidos da complexidade e importância da **cultura** no cotidiano.

2 O MODELO HEGEMÔNICO DE SAÚDE E A CULTURA DA CURA

*Conheci Maximina por volta dos anos 70. Era filha de camponeses e fora, ainda bastante jovem, trabalhar como empregada doméstica em Caracas. Um dia, soube que Manolo, um senhor que trabalhava em um mercado a poucas quadras de minha casa, sofria de uma doença de pele chamada erisipela. Maximina o aconselhou a esfregar um sapo vivo na pele doente. Segundo contava, ela havia visto como algumas pessoas do seu povoado natal tinham ficado curadas desta doença. A maior parte daqueles que ouviram Maximina riu da moça e, quando ela saiu, começaram a zombar dela: “ignorante”, “analfabeta”, “feiticeira”, “boba”, “índia”, e assim por diante... Manolo tampouco deu crédito a Maximina. Foi a uma consulta médica particular – pois tinha Seguro Social e aquilo não parecia uma emergência – e me contou que só de consulta e farmácia gastou quase um mês de salário. A receita mandava comprar um remédio chamado **batracina**, e ele parecia estar melhorando com o remédio. Mas o nome do remédio me chamou a atenção [...] Fui perguntar sobre isso a Pedro, um amigo meu estudante de Medicina. Ele não tinha a menor idéia, mas a coisa lhe chamou a atenção e se pôs a pesquisar a esse respeito na Biblioteca da Faculdade de Medicina. Passados poucos dias, Pedro e eu nos encontramos em uma festa. Ele me contou que havia descoberto que a **batracina** era um remédio fabricado imitando o **leite** de certos tipos de sapo [...] conforme Pedro havia lido em um texto de história da Medicina, diversas comunidades indígenas da América usavam tradicionalmente o leite de certos batráquios para tratar erisipela. Durante séculos essa prática foi coberta de ridículo, desaconselhada e até proibida por autoridades civis, sanitárias e religiosas não indígenas. Recentemente, no entanto, algumas instituições médicas e farmacêuticas ocidentais começaram a prestar mais atenção ao conhecimento médico tradicional indígena e, em geral, camponês. As pesquisas de uma dessas instituições **descobriram** que o leite de certos tipos de sapo poderia curar erisipela [...] Se Maximina fosse doutora, certamente Manolo lhe teria dado crédito e teria seguido suas prescrições ao pé da letra...*

(Otto Maduro, 1994, p. 87-88).

A existência de um modelo hegemônico de saúde pautado em ações basicamente curativas e assistenciais, é o ponto de partida para nossas reflexões. Para que possamos avaliar as possibilidades de substituição desse modelo por um segundo, pautado em ações preventivas e de atenção à saúde, é necessário que estejamos analisando várias determinações.

Se partimos do pressuposto de que saúde é decorrente de uma série de fatores, e não somente de um “Dom” individual, ou simplesmente a ausência de doenças, como a tendência liberal nos condiciona a pensar, torna-se claro que não há motivos para “culpar” os indivíduos por suas eventuais “doenças”, visto que estas não existem ao acaso. Essa “culpa”, atribuída pelo modelo assistencial hegemônico unicamente ao indivíduo, adquire formas cada vez mais sutis. Na realidade, o que evidencia-se é que, muitas vezes, pessoas são consideradas culpadas inclusive por sua “posição” sócio-econômica (visto que esta desencadeia uma série de demandas de saúde e doença), sem considerar que há toda uma história concreta de vida e condições materiais desiguais, cuja existência antecede a existência do indivíduo.

No que se refere ao câncer de colo uterino, este também não existe ao acaso: é fruto de vários fatores que, paulatinamente, serão explicitados – e não somente fruto do “descaso” das mulheres, em não procurarem atendimentos médicos e exames preventivos.

Buscamos resgatar a complexidade do saber e da cultura popular no que se refere à busca da saúde e a “cura” das doenças, justamente por

compactuarmos da idéia que afirma que o homem **aprende** a ser homem, e este aprendizado condiz com o mundo que o rodeia. A partir daí, podemos concluir que as representações de saúde, doença e cura que cada indivíduo detém, mais que fruto de história de vida e tradição, é fruto de uma determinada inserção na vida social.

Não é a consciência dos homens que determina o seu ser: é o seu ser social que, inversamente, determina a sua consciência (Marx, 1983, p. 24).

Mas o homem não é unicamente condicionado pela cultura na qual está inserido. A cultura é somente uma das esferas que o condiciona. Ele é, pois, também perpassado por condições materiais concretas, anteriores ao seu nascimento, que existem independentemente da sua vontade.

A cultura, como apontamos, diz respeito à ordem simbólica, e exprime a forma como os homens estabelecem relações entre si e com o mundo exterior (e interpretam essas relações) sendo que estas, na ordem capitalista, são sempre relações entre classes.

Se partimos do pressuposto da existência de uma luta de classes instituída, parece-nos claro que esta desencadeia expressões culturais e, conseqüentemente, saberes distintos. Há o saber considerado “do povo”, e o saber que “não é do povo”, vinculado ao conhecimento, ao erudito. Não pretendemos privilegiar um, em detrimento do outro, mas sim apontar as possibilidades, os limites e as vinculações entre ambos.

Não gostaríamos, em momento algum, de estar desqualificando o saber popular em detrimento ao monopólio do saber técnico. Não queremos adotar uma postura etnocêntrica e maniqueísta, considerando todo “saber” que foge dos padrões “corretos” (que, na verdade, não existem) como equivocado.

✓ Acreditamos que o saber popular, a cultura do povo de modo geral tem muito a nos ensinar. Trata-se de todo um universo de símbolos e signos dos quais é necessário que estejamos nos aproximando, para que possamos compreender e, a partir daí, criar formas de trabalho mais condizentes com a realidade vivenciada pela demanda atendida.

✓ Acreditamos que o saber popular, além de possuir uma riqueza incomensurável, e por significar uma “resistência” ao saber técnico e científico, tem um lado, por melhor definir, positivo. Positivo no sentido de que, pelo confronto, é possível repensar algumas posições e idéias e, conseqüentemente, modificar posturas.

Não buscamos afirmar que o saber popular seja pleno, única e simplesmente, de méritos. Há alguns “perigos” em seu interior, que buscaremos apontar. Nossas preocupações giram em torno de um assunto sério, que é o câncer ginecológico, mais especificamente de colo uterino – fato que não nos permite devaneios ingênuos e idealistas, pura e simplesmente.

Poderíamos iniciar vinculando, ou confrontando, o saber popular ao senso comum.

As “visões” que as mulheres entrevistadas detêm em relação ao câncer e ao processo saúde-doença por elas vivenciado, condiz com uma determinada posição social e, sob certa perspectiva, podem ser consideradas como representações sociais.

Segundo Sá (1993, p. 361),

... o conceito de representação social designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados. Mais amplamente, designa uma forma de pensamento social...

No decorrer das entrevistas efetuadas, tornou-se claro que o conhecimento que as mulheres detêm em relação ao câncer e ao processo saúde-doença como um todo é bastante limitado, ou seja: um conhecimento vinculado ao senso comum.

Simionatto (1995, p. 79), utilizando Gramsci, nos coloca que

... o senso comum é explorado e utilizado pelas classes dominantes para cristalizar a passividade popular, bloquear a autonomia histórica que poderia resultar, para as massas, no seu acesso a uma filosofia superior. O que importa, neste projeto da burguesia, é fazer com que as massas não tenham a possibilidade de assimilar em profundidade uma nova concepção de mundo, embora a ela possam ter acesso apenas para que o senso comum assuma uma coerência formal e não seja desvendada a sua incoerência real.

Esta citação traz consigo uma riqueza imensa de questões a serem pensadas à luz da pesquisa efetivada, da prevenção do câncer e do saber popular.

Partimos do pressuposto de que o povo tenha um saber que deva ser valorizado e trabalhado, para que este se torne mais consciente. Certo. Também partimos do pressuposto da existência de um modelo de saúde que objetiva a cura (embora, por outro lado, estejamos defendendo a prevenção). Correto. Afirmamos que o conhecimento das mulheres entrevistadas acerca do câncer e do processo saúde-doença é limitado. Muito bem. Diante de tudo isso, parece-nos claro que não é interessante ao modelo de saúde hegemônico que as mulheres **saibam** mais acerca das questões relativas à saúde – que este **saber popular**, adquira autonomia e coerência, pois, desta forma, as relações de dependência existentes neste ínterim seriam amplamente prejudicadas.

O povo possui “instrumentos e técnicas” em relação à busca da saúde que lhe são peculiares: a “medicina tradicional”² (caseira ou religiosa), as crenças, o folclore. Na maioria das vezes esses meios são utilizados *a priori*, ou seja: o primeiro recurso em busca da “cura”. Na insuficiência destes, a pesquisa efetivada deixou claro que, no que se refere à medicina “formal”, o hospital é visto como primeira referência.

Mas estamos falando de prevenção e, neste sentido, retornamos às discussões anteriormente travadas.

A “medicina tradicional”, as crenças, o folclore, no que se refere ao câncer, são “meios” insuficientes. O que deve ser buscado é que a população, através

² O termo “Medicina Tradicional”, neste sentido, é utilizado por Queiroz (1991) e Biazzi (1980), entre outros autores, sendo entendido como as práticas caseiras e religiosas, que objetivam a “cura”, ou a busca dela. O trabalho, posteriormente, explicará melhor esta questão.

de práticas educativas, adquira maior consciência em relação às possibilidades e limites dessas “práticas tradicionais” – culturalmente repassadas – e, por si só, busque a prevenção.

Como anteriormente afirmamos, porém, este “descaso” em relação às ações preventivas é estrutural – fato, este, que ficará mais claro no decorrer da exposição.

Ilustrando com as palavras das pacientes retornamos às discussões em relação a constatação de que uma das referências principais na busca da “cura” é o hospital:

... não era costume meu procurar atendimento de saúde. Só quando eu sentia que eu tinha uma dor, alguma coisa – que muitas vezes eu fui parar no hospital Florianópolis e no Regional – daí eu procurava. Daí eles faziam o preventivo e diziam que eu não tinha nada (M.C.I.).

... no interior quase não tem médico. Quando precisava, procurava um conhecido, ou o hospital mesmo (A.F.).

Caso estejamos nos permitindo retroceder na história, torna-se bastante fácil compreender os motivos que fazem com que o hospital, o modelo de assistência à saúde curativo, de modo geral, seja hegemônico.

Historicamente, as políticas de saúde, no Brasil, trabalham em prol da manutenção da hegemonia da classe dominante.

O Brasil possui uma estrutura, concreta e organizada, que estabelece relações de dependência. Enfrentamos uma longa e árdua caminhada de

dissociação entre trabalho e meios de produção, visto que o Brasil “emergiu” na fase transição do feudalismo português para o capitalismo.

A questão saúde, nesse contexto, era bastante complicada e complexa, visto que esta era concebida como questão de domínio privado, familiar, sendo que este “costume” perpetuou-se por um tempo considerável, conforme podemos verificar:

... quando dava, a gente resolvia por casa mesmo. Repouso, chá, sem pegar vento. Nunca tinha dado grande coisa... (A.M.F.).

... olha... naquele tempo a gente era tratado com ervas. Em casa, com ervas. Ervas que a gente usava, homeopatia... (A.M.G.).

Foi somente após 1898, com as primeiras campanhas sanitárias, que o Estado começou a intervir nas questões pertinentes à saúde, objetivando produzir e reproduzir a força de trabalho existente no país. A grande questão é que havia ausência de saneamento, o que dificultava o andamento da economia que, na época, baseava-se 70% na exportação de café. (Liichmann, 1985).

A partir daí, foram lançadas uma série de programas de combate a doenças que, paulatinamente, estavam tornando-se epidêmicas, como a febre amarela, a malária e a peste bubônica.

Não podemos deixar de pontuar que a ciência e a tecnologia brasileiras, neste contexto, ainda “engatinhavam”, sendo trazidas técnicas de outros países, desenvolvidos, sem considerar as diferenças existentes – um grande

abismo em termos práticos. Cabe salientar, igualmente, que o Brasil foi condicionado a adaptar-se aos moldes liberais, segundo o qual a saúde era decorrente de uma “capacidade” individual, e não de todo um contexto econômico, social e político – fato, este, que ainda hoje verificamos.

Frente a uma série de pressões da sociedade civil, a partir de 1930, com a ruptura da primeira república, Getúlio Vargas passa a buscar alianças diversas, industrialização e direitos trabalhistas. O Estado tenta abarcar as questões sociais existentes e surge, em nível nacional, uma política de saúde que subdivide **saúde pública** e **medicina previdenciária**. Os serviços de saúde crescem em nível nacional e, a título de exemplificação, cria-se, em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Sob patrocínio do governo americano, foram montados postos e hospitais com alta tecnologia, primeiramente visando o atendimento dos trabalhadores da produção da borracha (Amazônia) e do manganês. Torna-se claro o interesse mercantil na prestação desse “serviço” (Lüchmann, 1985).

A partir da década de 50, com a criação do Ministério da Saúde (1953), abre-se espaços para discussões acerca do processo de industrialização, que criava uma série de demandas de saúde a serem resolvidas.

Trata-se de um período de intensa tecnificação e elevação dos custos dos atos médicos, relacionados ao consumo dos produtos da indústria de equipamentos e aparatos médicos e à produção de medicamentos (complexo médico-industrial). Era grande o número de hospitais de natureza privada,

sendo que começaram a surgir as empresas médicas. Concomitantemente, crescem os gastos com assistência médico-hospitalar. A questão da saúde, então, passa a responder aos interesses de acumulação do capital. Surgem, também, as especialidades médicas, que estimulam o consumo de tecnologia – distorcendo a educação médica.

O sistema econômico posto estimula e ratifica situações determinadas, como as empresas médicas, a privatização paulatina, o ensino fragmentado, a predominância do atendimento hospitalar e a assistência curativa.

O que tudo isso, porém, tem em comum com a questão da cultura, da prevenção ao câncer, da busca e acesso ao modelo de atenção à saúde preventivo? Se partimos do pressuposto de que a estrutura social forma uma totalidade indivisível, e que o sistema sócio-econômico, historicamente, fez com que a saúde trabalhasse a seu favor, tudo fica mais claro. Não é simples, rápido e fácil “transformar” os costumes da população: somos fruto de uma história autoritária, que estabeleceu (e continua estabelecendo), relações de dependência, onde o **ato médico**, a **cura** em si, é o fim último, e não a prevenção, mesmo porque o modelo de saúde hegemônico está posto em moldes liberais. Toda essa situação criou, no decorrer do processo histórico, uma “cultura de cura”, ainda pairando sobre remédios caseiros, benzimentos e à família os males que “não são graves”. Consiste num fato interessante verificar que, *a priori*, a forma utilizada pelas pacientes na busca da cura dá-se através da utilização de práticas tradicionais como ervas e benzimentos para,

somente no caso de falha ou insuficiência destas, buscar o saber técnico, científico, sendo o hospital visto como o segundo ponto de referência. O que não é “grave” a “medicina tradicional”, seja ela caseira ou religiosa, soluciona.

Falamos sobre a “**medicina tradicional**”, mas não explicitamos o que esta vem a representar. Caracterizamos como “medicina tradicional”, a partir da concepção de alguns autores, todas as “práticas médicas” que fogem do padrão instituído e são incorporadas pelo povo como, por exemplo, a utilização de chás, ervas, rezas, benzimentos e outros. A “medicina tradicional” pode ser, pois, caseira ou religiosa, e é geralmente considerada anticientífica e ineficaz. Em termos. O que devemos analisar são os “fins” a que ela se destina, e o fato de os “meios” estarem, ou não, sendo utilizados de modo consciente.

No que se refere à utilização de chás e ervas, ou seja, plantas medicinais, podemos afirmar que as camadas “menos favorecidas” economicamente sempre tiveram nela seu único, ou quase único, recurso terapêutico – justamente em função do baixo, ou nulo, custo.

Por outro lado, acreditavam encontrar efeitos miraculosos que, em muitos casos, não existiam (por exemplo, em relação ao câncer). São estas questões que precisam ser discutidas. (Queiroz, 1991, Biazzi, 1990).

Retornando ao raciocínio central, foi possível constatar que em alguns casos, nem se trata de “escolher” esta ou aquela prática para recorrer. A procura pela medicina caseira, religiosa e científica pode ser concomitante, como nos relata M.C.I.:

... eu acredito que seja um negócio passado que eu tive, não tem? Eu tinha um noivo e larguei, e ele era da droga. Mas só porque o meu problema, Segunda a Dra. A. foi jogado. Ali, pelo que eu entendi, foi macumba. Daí eu procurei uma igreja, e ela confirmou isso. Fiz umas rezas, tanto que na hora quando chegaram a me operar eu quase não tinha mais nada. O próprio médico disse “puxa, quando eu cheguei a te operar, tava uma merrequinha de nada... já tinha saído quase tudo...”. ... quando eu descobri que tava com câncer, a primeira coisa que eu procurei foi uma igreja, porque a medicina não vem só dos médicos. Se tem medicina, é porque tem Deus no meio, porque tu não vai botar um paciente na mesa se Deus não te ajuda. Tudo que eles fazem ali não é por eles... ... a Dra. A. disse: isso aqui é coisa jogada, não é do teu organismo. Daí eu fiquei meio assim: mas jogado como? É macumba, jogado de macumba. Já tentaram uma vez com a minha irmã. E foi alguém da minha própria família. Eu tenho uma cunhada que é terrível. Então eu fiquei naquela: vou pra mesa de cirurgia ou não vou? Daí eu pensei: vou, a minha vida tá em jogo mesmo! Tentei garantir por tudo que é lado, e ainda tô garantindo.

... naquele tempo a gente era tratado com ervas. Em casa, com ervas. Ervas que a gente usava, homeopatia. Tinha um Senhor na cidade que dava remédio e curava a gente que tomava aqueles remédio. Era um espírita kardecista. Eu sou kardecista. Ele curava gente. Não eu como muitas pessoas... (A.M.G.).

Simionatto (1995), nos coloca que as idéias podem adquirir a solidez de crenças populares. Resgatando Gramsci :

... as ideologias que se transformam em crenças populares são expressão de necessidades estruturais e, portanto, exercem uma influência direta sobre as formas de vida e sobre o agir humano.

As crenças às quais fazemos menção são as crenças que partem do pressuposto de que a fé é capaz de qualquer cura. Que há um “ser superior” que a todos governa e guia, e que é este “ser superior” que cura, ninguém mais.

Mas, como nos traz Gramsci, essas idéias são reflexo de necessidades estruturais mais amplas: necessidade de um acesso efetivo aos serviços de saúde, necessidade de uma estrutura social em moldes mais justos e

igualitários, necessidade de **educação** para que essas crenças, pautadas simplesmente no senso comum e no “mágico”, no metafísico, possam ser transformadas em um novo senso comum – o “bom senso”, ou seja, a consciência crítica.

Observamos os seguintes relatos:

... desde nova aprendi a curar gripe, resfriado, tosse, sarampo, com chá... (M.G.F.S).

... quando dava a gente resolvia por casa mesmo. Repouso, chá, sem pegar vento. Nunca tinha dado grande coisa... (A.M.F.).

... eu tomei bastante chá em casa... (M.C.I.).

... tratava com um chá, uma coisa. Fazia em casa. Chá de laranja, era uma gripe que dava, minha mãe ensinou. Nunca deu doença em mim, né... (A.E.R.).

... a gente costumava resolver com chá mesmo, mas se não dava aí a gente procurava... mas sempre tive saúde, nunca sofri de doença... (T.M.F.).

Torna-se claro, aqui, a utilização da “medicina tradicional”, caseira, em determinadas situações como gripe, resfriado, etc. Isto demonstra que algumas situações podem ser tratadas para além da alopatia, o que significa algo positivo. O grande problema, no entanto é que, por outro lado, a ausência de conhecimentos mais amplos leva ao entendimento de que outras doenças mais graves também podem ser “curadas” com a utilização desses meios – fato que,

particularmente no que se refere ao câncer, consiste num erro, que pode levar à morte.

Por outro lado, os mesmos relatos nos fazem pensar em qual seria a concepção de saúde e doença detidas pelas pacientes ...

Os relatos apresentados, igualmente, nos fazem concluir que “grave”, dentro desses preceitos, é aquilo que aparece e desencadeia a dor, mesmo porque há desconhecimento quase total sobre a origem, o significado e as implicações do câncer.

Queiroz (1991, p. 29) aplicando semelhante pesquisa na cidade de Paulínia, interior de São Paulo, percebeu que

... estar doente significa um evento altamente incapacitador, principalmente no que se refere ao trabalho. Assim, a saúde não é considerada um evento exclusivamente biológico e se projeta no efeito mais dramático que produz, qual seja, a incapacidade de trabalhar e a conseqüente ameaça à subsistência familiar.

Enquanto a dor não é manifestada, ou seja, enquanto ainda há capacidade para trabalhar, não há motivos para preocupações com questões de saúde.

A questão da prioridade concedida ao trabalho, das atribuições domésticas e de atividades laborativas de modo geral, aparece claramente no relato das pacientes:

... a luta era tanta que eu não prestava atenção em mim... a batalha, os problemas...
(A.M.G.).

... já sabia desse meu problema faz tempo. Faz tempo que tinha dor, e fui saber o que era[...] mas não podia me preocupar com isso, porque o trabalho não deixava [...] é, e também não tinha condições de remédio para nós dois. Sabe, o marido é

doente – uma boa pessoa ele, de bem. Ele tem problema de rim e coração, coitado. Não dava para tratar nós dois, daí eu fui deixando... (M.C.A.).

... se eu te disser que só depois de velha é que fui, tu acredita? Pois então. Senti a bexiga meio baixa depois de ter feito esforço, e muita dor. Também não fiz a tal da perineo. Uma filha minha fez e quase morreu de dor. Mas ainda não posso me dar o luxo de ficar doente, precisando de cuidado por muito tempo. Tem muita coisa pra eu fazer pela família – e também a dor não é tanta assim... (M.G.F.S.).

Uma das pacientes, no seu relato, afirmou que “não poderia dar-se o luxo de ficar doente”. Não poderia porque uma série de atividades, rentosas ou não, dependiam dela. Acreditamos que estas mulheres, exemplos de milhares de outras mulheres em situação idêntica, em função de sua posição social, necessitam “optar” por uma coisa, em detrimento de outra. Ou o trabalho, ou a saúde. Optam pelo primeiro – e a segunda se esvai. Saúde não é luxo – é direito. Sistema cruel que exclui, segmenta, arranca o sangue e pouco oferece em troca.

Aqui surge claramente uma questão que suscita indignação e revolta. Vivemos numa sociedade capitalista, na qual o trabalho é visto como valor principal e único meio de subsistência. Aqueles que possuem, única e exclusivamente, a “liberdade” de vender sua força de trabalho em troca de um salário, vivenciam um eterno pesadelo: manter esse meio de subsistência, numa sociedade competitiva e individualista como a nossa, é difícil. O medo de perder o trabalho sempre se faz presente.

Por outro lado, há também a questão de que é socialmente estabelecido, culturalmente repassado, que a mulher, por ser a “rainha do lar”, deve arcar

com grande parte dos encargos referentes à família como um todo: marido, filhos, netos... enquanto a sua saúde fica em segundo plano.

Neste sentido é a mulher, pois, duplamente sujeitada: à família, e de modo mais amplo, ao mercado de trabalho.

Percebemos que as mulheres **sabem** que tem câncer, mas este conhecimento só se dá em nível de terminologia, ou do conhecimento do senso comum que acumularam em suas vidas.

Não pretendemos adentrar em questões técnicas de medicina, justamente por não ser este o nosso campo e tampouco nosso objeto de estudo. Explicitamos uma definição genérica de câncer para que possamos, a partir dela, compará-la a concepção seguida pelas pacientes.

Segundo Koifman (1995, p. 145),

... denomina-se câncer ao conjunto de doenças caracterizadas pela perda do controle no processo de divisão celular, gerando um contingente de células que apresentam crescimento anárquico, com perda da sua relação entre forma e função. Gradativamente, esse processo passa a comprometer todo o metabolismo para sustentar sua atividade descontrolada de reprodução celular, num curso que ante a ausência de interferência terapêutica, ou mesmo na presença desta, com frequência acaba por conduzir à inviabilidade metabólica do organismo como um todo e conseqüentemente à morte.

Sabemos que o Brasil possui uma das maiores incidências mundiais de câncer de colo uterino, sendo esta a terceira causa mais freqüente de morte, entre mulheres, no país. Igualmente sabemos que o câncer de colo uterino é 100% controlável, ou seja, com a realização sistemática de exames preventivos, no caso de ser diagnosticado, há tratamento caso este esteja em fase inicial.

Como conceber índices tão elevados de incidência? Verificamos na tabela abaixo:

Incidência de câncer de colo uterino
Localidades e períodos selecionados

LOCALIDADE	COEFICIENTE
Recife (1980)	83,2
Belém (1987)	75,2
Goiânia (1988)	48,9
Fortaleza (1983)	46,5
São Paulo (1978)	35,1
Porto Alegre (1987)	31,2

FONTE – Koifman, 1995.

Obs.: coeficientes por cem mil, padronizados por idade pela população mundial.

Cabe, mais uma vez, salientar, que:

Todo câncer inicial tem cura, mas para diagnosticá-lo, é necessário realizar um exame preventivo, que apontará a existência – ou não – de alguma alteração, assim como o estágio em que o câncer seja encontrado, caso este já se faça presente.

Toda mulher após iniciar atividade sexual (acima de 20 anos caso não tenha atividade sexual), mesmo durante a gravidez e na menopausa deve fazer o exame preventivo regularmente. Mulheres na faixa etária de 20 a 50 anos

deverão ter especial cuidado em realizar regularmente o exame, pois é nesta idade que a doença mais aparece.

Postos de Saúde, hospitais e maternidades são aptos para a realização do exame preventivo. Em Florianópolis, além dos hospitais, os Centros de Saúde I da Armação, Barra da Lagoa, Costa da Lagoa, Fazenda Rio Tavares, Morro da Caixa e Rio Tavares, assim como os Centros de Saúde II de modo geral, a Rede Feminina de Combate ao Câncer e o CEPON, realizam exames preventivos de câncer. A busca sistemática pela realização dos referidos exames, porém, ainda não faz parte da “cultura” da maioria das mulheres entrevistadas, em função de uma série de motivos.

Somente o **exame preventivo**, pode apontar a existência, ou não, do câncer.

As pacientes entrevistadas, porém, pouco se aproximam desta definição de câncer. Relatam saber que o câncer “corrói”, “mata” e declaram terem sentido tristeza após a descoberta da doença. Esta é representação das pacientes entrevistadas acerca do câncer.

Sob certa forma, podemos afirmar que as pacientes possuem uma visão moralista da doença, e não estão conscientes das reais causas e implicações do câncer.

A grande questão em jogo é que esse “desconhecimento” conduz as pacientes à “negligência” em relação a si próprias.

Schulze (1993), em pesquisa realizada junto a pacientes portadores de câncer no Hospital de Caridade e Governador Celso Ramos, em Florianópolis, igualmente concluiu que as representações acerca do câncer se dão de modo sempre associado à morte, igualmente apontando para a questão do desconhecimento. Alerta, também, para o fato de que os médicos não esclarecem às pacientes as causas e implicações do câncer, muitas vezes omitindo o diagnóstico por enfrentar problemas para comunicá-lo num nível que possa ser entendido pela paciente de baixa escolaridade. Fato idêntico se repete em relação aos exames preventivos.

De modo geral, as mulheres não estão cientes das implicações e causas do câncer, e tampouco sabem que este poderia ter sido evitado.

... eu achava que não era importante. Só depois é que a gente vê o quanto é importante, né? Depois que a gente teve a doença, é que a gente sabe... (M.C.I.).

... não é que fazer o preventivo não era importante. É porque eu não sabia. Eu não sabia que se eu fizesse um preventivo talvez eu garantia mais a minha vida. Eu achava que a menstruação vinha e deu. Eu achava que não dava problema nenhum, porque eu ouvia falar em câncer nos outros. Eu tava até por fora dessa onda de câncer aí... (M.C.I.).

... não sabia como evitar essas doença. Preventivo eu fiz, mas fiz também agora, porque eu não sabia o que era... (A.E.R.).

Mais uma vez, ratificamos a afirmação de que acreditamos que o desconhecimento do processo saúde-doença, assim como em relação ao seu próprio corpo, agiu de forma a fazer com que estas mulheres tenham

negligenciado a atenção que deveriam ter dispendido a seu próprio favor. Acabaram priorizando a família, os filhos, o trabalho – porque eram questões mais emergentes, mais importantes, em detrimento de si próprias.

Submeteram-se a um quociente de anulação e descaso imenso, ou porque quase nada sabiam sobre o próprio corpo, ou porque foram “condicionadas” a priorizar outras questões, em função de sua posição social.

Realmente não consiste numa tarefa simples, rápida e fácil modificar os costumes de uma população que, a princípio, resolvia questões relativas à saúde no âmbito familiar e, por força de circunstâncias concretas, passou a buscar a “cura” na rede hospitalar.

Não se trata nem de modificar os costumes da população pois, desta forma, estaríamos desprezando o saber da mesma. Concordamos com Gramsci apud Simionatto (1995, p. 80), quando diz que,

... uma referência ao senso comum e à solidez de suas crenças se encontra freqüentemente em Marx. Mas se trata de referência não à validade dessas crenças, mas precisamente à sua solidez formal e, portanto, à sua imperatividade quando produzem normas de conduta. Nas referências, aliás, está implícita a afirmação da necessidade de novas crenças populares, ou seja, de um novo senso comum e, portanto, de uma nova cultura e de uma nova filosofia que se enraízem na consciência popular com a mesma solidez e imperatividade das crenças tradicionais.

Não há mal algum em utilizar formas tradicionais de “cura”, desde que este processo se dê de modo consciente, ou seja: que a população realmente saiba para que estas são úteis, e quais são os limites das mesmas. Há, atualmente, uma tendência de resgatar as práticas médicas caseiras,

tradicionais, por requisitarem pouco dispêndio financeiro e poucas contra-indicações quando comparadas com os medicamentos alopáticos.

Quanto à “medicina religiosa”, não desconsideramos a amplitude da força da fé, embora tenhamos outras concepções acerca da mesma.

Concordamos com Alves (1979, p. 114), que nos coloca que

... a indústria farmacêutica e as instituições médicas, de um lado, e a empresa da cura divina, de outro, se organizam em termos empresariais, racionais, para vender serviços e mercadorias a uma clientela necessitada, e esta clientela sabe que a solução dos problemas de saúde é mediada por uma certa instituição que se pretende eficaz, em ambos os casos. As duas empresas, portanto, se situam num mesmo nível: dirigem-se a um mesmo mercado, prometem curas para a enfermidade. Esta é a razão por que freqüentemente se passa de uma empresa à outra, quando a primeira se mostrou ineficaz para a solução do problema.

Afirmamos, então, que a “cura” divina, sob certa perspectiva, também é um “negócio”, um comércio, nos mesmos moldes do complexo médico-industrial. Há, muitas vezes, um modelo econômico oculto por detrás do aspecto religioso.

Fenômenos culturais como estes, porém, não surgem do nada: são tentativas de resolução de problemas concretos vivenciados, neste caso o câncer. Há necessidade de cura e, de acordo com a posição social, há, muitas vezes, impedimentos. O acesso à saúde é dificultado. Na realidade, aposta-se tudo, em todos os lugares. Não importa muito caso o investimento da fé, e de tantos outros artificios, não funcione. Pouco há a perder. De qualquer maneira, o desamparo se faria presente.

Retornando ao raciocínio central, afirmamos que a busca não é por modificar os costumes da população – é por torná-la mais cônica das possibilidades e limites desses costumes. A busca é por fazê-la entender que há necessidade de exames periódicos – que chás, benzimentos e rezas, por si só, não bastam.

A busca é, então, por uma mudança na cultura política, pela alteração de valores conformistas e alienantes, pela utilização consciente da medicina tradicional (principalmente no que se refere aos seus limites), pela prevenção do câncer de colo uterino. Tudo isso, porém, não será conquistado ao acaso – pelo contrário: uma série de fatores, contribuem para que a situação contrária se perpetue, a começar pelo próprio sistema de saúde. Há postos de saúde nas comunidades periféricas, mas estes encontram dificuldades: faltam profissionais habilitados e comprometidos, equipamentos, a demanda é imensa, o salário age como fonte de desmotivação... falta investimento do Sistema Único de Saúde na rede básica de modo geral. Por outro lado, não há programas educativos mais amplos. As políticas públicas são criadas de forma desarticulada, como se não fizessem parte de uma só sociedade. Se a saúde é resultante de uma série de instâncias e fatores, não há como pensar em criar ou implementar políticas públicas de forma desarticulada. Pelo contrário: é também necessário que mudanças ocorram, tanto no nível da produção, ou seja, na economia, na distribuição e acesso aos bens e serviços, quanto em relação às demais instâncias: educação, meio-ambiente, transporte, etc. Como

conceber que pessoas economicamente desfavorecidas, com baixo nível de escolaridade, possam saber ou compreender algo acerca de seu corpo e saúde, se não há um estímulo externo, qualquer fator que instigue o conhecimento?

Algumas mudanças são possíveis em função do próprio tempo histórico – outras necessitam de um estímulo externo maior. O fato é que todas mudanças fazem parte de um processo gradativo, histórico, que jamais se esgota.

Essas mudanças podem ser observadas nas falas das pacientes. Questionadas sobre como **aprenderam** sobre exames preventivos, menstruação e gravidez, e como **ensinaram** estas questões às filhas, assim responderam:

Aprendeu:

... minha mãe não ensinou nada não...

... naquele tempo as moças eram mais tansas, não é como hoje, que tem aula de sexo. As meninas hoje sabem tudo. As meninas hoje sabem mais do que eu...

... se eu soubesse, talvez não tivesse passado pelo que eu passei... (A.M.G.).

Ensinou:

... não. Já era evoluído, as moças já contavam. A gente escondia. Pra minha filha não sei se expliquei. Acho que não, mas ela sabia. Ela sabia com as colegas – com doze anos ela já sabia. Eu também não sabia explicar.

... nunca fiz exame preventivo de câncer, nem a minha filha ainda não fez. Na minha época não tinha. Mais tarde tinha, já tava velha e achei que não ia chegar ao ponto que cheguei. Foi correndo, correndo, o problema se agravando. Se agravou mais e fui ficando encarangada...

Nem minha filha costuma fazer exames preventivos. Ela tem um pouco de mim, mas é diferente. Eu não sabia, ela sabe. Mas ela sempre teve saúde, nunca sentiu dor e não precisa. Só agora que está sofrendo com a menopausa. Mas ela sabe. (A.M.G.).

Aprendeu:

Minha mãe ensinou que eu podia ter filho depois dali (menarca)... o restou eu fui aprendendo. Sofri um bocado na vida. Casei três vezes. Meu primeiro marido era muito ruim, sempre me faltava com respeito. O segundo também não era grandes coisa, mas tive dois filhos com ele. Tenho um filho do meu marido (o atual). Esse sim é bom: companheiro, fraquinho. Como vou deixar um homem desse sofrer? (M.C.A.).

Ensinou:

Minha filha é novinha ainda, mas já aprendeu com as colega como tem filho e menstrua... pra ela é mais fácil. Tem estudo, sabe? Tomara que não sofra como eu. Ela ainda não tá na idade fazer exames, mas acho que vai fazer quando chegar a hora. Eu não explico não... ela já sabe. E também tem ele (marido) pra eu me preocupar... (M.C.A.).

Aprendeu:

Não... isso aí a gente já sabia. Nas casa que a gente as vez trabalhava, lavava a roupa e via... A mãe não contava... era segredo, ela não falava isso na nossa frente. E também pras minhas filhas eu também não falava. Elas descobriram, mas eu não contei. Minha mãe também não contou pra mim... eu tinha vergonha, porque minha mãe também não contou pra mim, né? Descobri com os outros. Não sabia nada. De filho, eu fui aprendendo com o marido, né? Claro, porque naquela época as mãe não falavam nada. E pras filha eu também não expliquei... eu não! Eu não falava nada, até hoje eu nem falo. Agora é diferente, né? Agora é tudo mais rápido. (A.E.R.).

Ensinou:

Eu não... não expliquei não! Minha mãe também não explicou pra mim!... Não, não, não fazem também. Não fazem porque não querem né? Não sentem nada, não sentem nada... se sentir dor sai correndo. Só com dor é que a gente procura – a gente corre. Vou até aconselhar elas (as filhas). (A.E.R.).

Como podemos constatar, as mudanças são pequenas, mas ocorrem. As questões de sexualidade feminina continuam sendo um tabu para as gerações mais antigas mas, em contrapartida, tais questões são mais discutidas nos dias de hoje, embora fora dos muros domiciliares. Quem não aprendeu, não sabe ensinar. Se o conhecimento é adquirido do meio externo, mais uma vez ratifica-se a importância de ações educativas mais amplas. As mulheres, frutos de gerações mais antigas, não sabiam e tampouco estavam conscientes em relação ao câncer. As filhas dessas mulheres **sabem**, embora igualmente não estejam conscientes. Mudanças, então, ocorrem – mas é necessário que programas educativos mais amplos se façam presentes.

Buscamos pois, neste primeiro momento, demonstrar que há um modelo de saúde hegemônico que objetiva a **cura** em função desta desencadear um lucro maior. Defendemos a necessidade de um novo modelo que privilegie a **prevenção**. Falamos sobre a existência de uma forma de resistência popular, por um lado, e alienação, por outro, no que se refere à utilização da “medicina tradicional”. Queremos respeitar o saber popular e não utilizar etnocentrismos. Entendemos que a tensão entre a “medicina formal” e a “medicina tradicional” deva ser equacionada – não em termos de eliminação ou dualidade – mas em termos de possibilidades e limites de ambas. Buscamos, de forma mais ampla, romper com esta **cultura da cura** imposta pelo modelo de saúde hegemônico. Se há necessidade de **cura**, entendemos que a **cura**, seja dessa **cultura da cura** existente, que privilegia intervenções cirúrgicas e medicamentos quando, em

contrapartida, pode-se investir em prevenção. Quanto às “**curas**” tradicionais, falamos sobre a necessidade de uma maior consciência na utilização destas, e sobre a necessidade de **educar em saúde**, com efetivas políticas públicas, capazes de reverter o quadro presente. A **dimensão** educativa é, pois, nosso foco de atenção enquanto proposta de **cura da cultura da cura**.

3 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONSTATAÇÕES, LIMITES E PROPOSTAS PARA A CURA DA CULTURA DA CURA

Ninguém está sozinho no mundo. Nossa maneira de conhecer a realidade – e, portanto, de agir na realidade – pode afetar gravemente outros seres humanos. Ao menos por isso, temos a permanente responsabilidade ética de examinar os pressupostos e as implicações do nosso conhecimento – em diálogo com os outros – especialmente com as pessoas real ou potencialmente atingidas por nosso conhecimento ou por nossos atos.

(Otto Maduro, 1994, p. 82).

É necessário “educar” em saúde, para que a possibilidade da prevenção se faça presente, mas de que forma? Com que critérios?

Como anteriormente explicitado, os programas de educação em saúde são escassos e falhos. O Governo Federal, ao que podemos constatar, vem apoiando iniciativas como, por exemplo, o Programa Universidade Solidária (leia-se Comunidade Solidária), cujo conteúdo gira em torno de questões relativas à educação em saúde. Há, porém, algumas considerações a serem feitas neste sentido. O referido programa, que possui como intuito enviar estudantes de universidades do sul e sudeste aos estados das regiões norte e nordeste é falho. É falho porque, em primeiro lugar, não há nenhum compromisso estatal solidamente edificado. Trata-se simplesmente de um “programa” que, uma vez terminado o mandato, igualmente chega ao fim. É falho porque o tempo que os estudantes permanecem nos municípios nos quais

o trabalho é realizado é mínimo (21 dias) e, bem sabemos, não é possível “educar” ou “reeducar” qualquer pessoa neste curto espaço de tempo.

É falho porque, em função da ausência de pesquisas exploratórias mais comprometidas e efetivas, os estudantes desconhecem a demanda real com a qual irão “trabalhar” durante o tempo estipulado, e, com isto, a metodologia a ser adotada é prejudicada. Não estamos objetivando afirmar que o referido programa esteja desprovido de qualquer mérito: o fato de os estudantes de regiões cujo nível e condições de vida são “melhores” estarem se defrontando com realidades e pessoas distintos, representa um ganho imenso. O que questionamos são questões muito mais amplas e complexas, como, por exemplo, a eficácia e efetividade dessa “educação”, o compromisso estatal continuado e verdadeiro, o caráter paliativo do referido programa e a limitação operacional do mesmo, visto que seria ingenuidade acreditar que este programa está desconectado de uma proposta e forma de governo cuja ideologia ambiciona o descompromisso estatal frente às questões sociais existentes, entre elas a saúde e a educação.

A “Educação em Saúde” proposta pelo programa Universidade Solidária é, pois, limitada e falha.

O fato que devemos considerar é que a educação em saúde é basicamente instrumental, ou seja, destaca-se por seu caráter interventivo e, muitas vezes, não é útil ao modelo assistencial de saúde hegemônico, porque põe em cheque o papel da medicina, principalmente no que se refere a custo-benefício, ou seja:

demonstra claramente que a **cura** custa mais caro, quando comparada à prevenção. Stotz (1993), nos coloca que a medicina curativa, na média dos países do Terceiro Mundo, gasta exatamente 23 dólares para remediar o estrago provocado pelo não investimento de um dólar na chamada atividade preventiva, o que nos conduz a pensar que realmente há um jogo de interesses muito forte por detrás do modelo assistencial de saúde hegemônico, que perpetua o seu domínio. Se estivéssemos analisando as questões em pauta à luz de referenciais simplistas, estaríamos reduzindo todo esse quadro a uma “falta de vontade política”, ou seja, não se investe em prevenção por puro descaso e negligência. A situação, porém, é mais ampla. Descaso e negligência realmente existem, mas são intencionais – dolosos.

Além disso, uma série de discussões e lutas foram travadas para fazer valer o direito à saúde garantido na Constituição Federal de 1988 – criando, assim, o Sistema Único de Saúde, sendo que este confere à população o poder de decisão sobre as ações de saúde, a garantia de boa qualidade nos serviços, o controle social efetivo e continuado sobre as políticas de saúde (através da implantação de conselhos de saúde, estaduais ou municipais, e da “descentralização”, de verbas e poder decisório, aos estados e municípios). A implementação efetiva do SUS, porém, enfrenta uma série, de problemas relacionados às opções governamentais de privatização do público, que esfacela os direitos sociais confirmados na constituição de 1988. É fato que a rede básica enfrenta uma série de dificuldades, sendo que a demanda é cada

vez maior, justamente em função da ausência de programas (e posturas) educativos. A rede básica é a mais próxima da população e, acreditamos, é através dela que é possível implementar mudanças. Basta que, ao invés de investir de modo preferencial no modelo/rede hospitalar, que seja investido em programas educativos, em profissionais qualificados e comprometidos – para a rede básica.

Conforme a Organização Mundial de Saúde, a assistência médica está dividida em três níveis distintos:

- a) **Assistência médica primária** – que deveria abranger 90% das necessidades da comunidade, com programas de saneamento, prevenção e funcionamento regularizado dos “postos de saúde” comunitários.
- b) **Assistência Médica secundária** – que deveria abranger cerca de 10% da comunidade. Aqui entrariam os hospitais, clínicas médicas, ortopedia, maternidade e pediatria.
- c) **Assistência Médica terciária** – atingiria 1% da população, realizada em hospitais especializados.

Estima-se, de modo geral, que cerca de 90% das “doenças” que “desembocam” nos hospitais, poderiam ter sido tratadas, “curadas” e evitadas através de ações simples, preventivas, caso a rede básica estivesse fortalecida e, conseqüentemente, sendo vista efetivamente como primeira referência.

Contudo, como exposto anteriormente, acreditamos que este descaso é estrutural, justamente porque não é útil ao sistema econômico e de saúde posto, investir em ações educativas e preventivas quando, em contrapartida, a “cura” desencadeia um lucro maior. Maduro (1994, p. 93), de modo simples e inteligente, nos coloca que:

Sugerir mudanças, propor alternativas, apontar contradições ou despertar confusão quanto à visão da realidade predominante em uma dada sociedade pode solapar a segurança e a autoridade dos detentores do poder. E, justamente por isso, tal coisa leva a provocar a repressão da parte daqueles que efetivamente têm mais força para impor os seus próprios interesses. Pensar para além dos limites estabelecidos pode, por conseguinte, ser algo subversivo e perigoso.

Acreditamos que tudo está conectado dentro da estrutura social vigente. Se estivermos pensando de forma até mais ampla, concluiremos que não é somente a educação em saúde que está falha e fragmentada, mas o sistema educacional como um todo. São mais de 30 milhões de analfabetos no Brasil, fato, este, que denuncia a grande dívida social do governo em relação à população no que se refere à educação (Hollanda, 1997). Um povo que não dispõe, ao menos minimamente, de uma visão mais global de si e do mundo, não pode almejar mudanças porque não as deseja, justamente por desconhecê-las, ou por não ter acesso a elas. O “acesso”, tanto à educação quanto à saúde, cabe salientar, é dificultado aos estratos economicamente desfavorecidos. É certo que o povo possui um saber que deve ser respeitado e valorizado, visto que condiz com a realidade e as verdades por ele vivenciadas, ou seja, o povo não é uma “tábula rasa”, um papel em branco no qual podemos escrever

qualquer coisa que seja... se concebêssemos o saber popular desta forma, estaríamos contrariando toda concepção de cultura como um processo de aprendizagem, o mesmo se dando no que se refere à educação.

Acreditamos que ninguém **educa** ninguém, porque o saber é um processo e o educador não é o detentor de todo o saber, mas de um saber próprio, cujos conceitos e representações dizem respeito à sua cultura, que não é a única. Educamos e somos educados em todos os momentos. Não somos somente educadores, ou somente educandos. A população tem suas próprias crenças, representações e valores acerca da saúde, bem como explicações sobre a origem e a cura das doenças. O fato que afirmamos é que nem todo saber popular se basta por si só. É necessário, em dados momentos, um complemento exterior e este, quem pode dar, é quem detém um conhecimento mais aprofundado.

Há duas questões que nos parecem bastante distintas. Anteriormente explicitamos a existência de um saber popular que, no que se refere ao binômio saúde-doença, possui suas próprias crenças e seus próprios “meios” para a manutenção da saúde e a “cura” das doenças. Chás e benzimentos são utilizados na “cura” de diversas doenças e, sob certa perspectiva, tem um lado, por melhor definir, positivo. No que se refere ao câncer, porém, foco central de nossas preocupações, esse saber popular, por si só, não basta – é necessário que haja a intervenção de um médico para que o “tratamento” correto se faça possível. Em relação à prevenção do câncer, é igualmente necessário que um profissional competente socialize seus conhecimentos à população, auxiliando

a torná-la mais consciente das possibilidades, e limites, de suas práticas de “cura”. Não trata-se de confrontar a ciência e o saber popular: trata-se de buscar uma maior integração e complementariedade.

Falamos que o sistema educacional encontra-se em crise, falho e fragmentado, e ratificamos esta posição. Acreditamos que grande parte dos “problemas” poderiam ter sido evitados caso houvesse um conhecimento maior e anterior sobre a questão. Por que não, além de investir nas áreas/redes básicas, igualmente investir e ampliar a educação fundamental, fazendo com que esta venha a atingir especificamente as camadas de classe econômica cultural e politicamente excluídas em tantas outras instâncias? Bastaria, por exemplo, que as escolas, tanto públicas quanto privadas, ao invés de estar atuando simplesmente como repassadoras da ideologia dominante, utilizassem algumas de suas disciplinas para discutir com os alunos problemas relativos à saúde de modo geral: higiene pessoal, vacinação, exames preventivos e a questão política da saúde sem esquecer da questão do planejamento familiar, que abarcaria questões de sexualidade de modo geral, o conhecimento do próprio corpo e a forma como este “funciona”, incluindo uma sensibilização maior no que se refere ao fato de alertar para a importância de exames preventivos de câncer.

No que se refere ao planejamento familiar, somente a título de ilustração, há muitas ações e investimentos a serem implementados. As camadas economicamente desfavorecidas ainda estão bem distantes do acesso adequado

a informações sobre paternidade e maternidade conscientes, que consiste num direito de cidadania. Enquanto isso, a cada minuto, morre uma mulher em alguma parte do mundo, em função de problemas relacionados à gravidez. Há muitas ações e projetos que o Estado poderia estar implementando para fazer valer o **direito à educação** e o **direito à saúde**, como dita a Constituição Federal de 1988, antes de apoiar projetos como, por exemplo, o programa Universidade Solidária – mesmo porque não estamos falando de solidariedade – estamos falando de direitos sociais, reivindicados e conquistados.

Exemplificando com dados concretos, vejamos os investimentos do governo na área social nos últimos anos:

Investimentos na área social e encargos de dívida
(em R\$ bilhões e % sobre o orçamento)

	1995	1996	1997*
Educação e Cultura	10,1 (6,3)	9,2 (5,4)	10,5 (5,5)
Saúde e Saneamento	14,8 (9,3)	14,2 (8,3)	16,5 (8,7)
Trabalho	6,1 (3,8)	6,9 (4,0)	9,4 (4,9)
Agricultura	6,6 (4,1)	4,7 (2,8)	7,6 (4,0)
Juros e Encargos	18,6 (11,6)	19,4 (11,2)	23,2 (12,1)

FONTE – Diário Catarinense, Santa Catarina, 1 jun. 1997, p. 7.

No que se refere à saúde e à educação, verificamos o declínio de investimentos, por um lado, e a promessa de uma ascensão, por outro. Restamos conferir se a previsão de investimentos será efetivada.

De que educação para a saúde estamos, porém, falando? Utilizando as palavras de Eduardo Navarro Stotz (1993), hoje há um certo “ecletismo teórico” nas discussões acerca da questão da educação em saúde.

A crítica ao modelo assistencial de saúde hegemônico, o próprio modelo médico, emergiu na década de 60 – momento de crise no sistema capitalista e de questionamentos acerca dos objetivos do desenvolvimento econômico. Em nível ideológico o cientificismo, ou seja, “a concepção positiva de uma ciência universal empírica, atemporal e isenta de valores” também era questionado. Questionava-se, ainda, o caráter da medicina (considerado secundário) e o corporativismo da prática médica – questionamentos, estes, que ainda hoje emergem.

As discussões acerca da educação em saúde, hoje, apontam para a necessidade de acentuar nos indivíduos a condição de sujeitos cômicos, associando experiências, valores e expectativas dos mesmos com o tempo histórico da sociedade, assim como com sua dinâmica. Enfoca, também, questões que já foram aqui debatidas, como o fato das doenças raramente possuírem um caráter isolado.

Outra questão que merece destaque é relevância, é que a saúde é, também, uma política pública e, como tal, possui um caráter contraditório: se, por um

lado, visa proporcionar condições mais “dignas” de vida (parece-nos mais correto falar, nas atuais circunstâncias, de sobre-vida), por outro representa uma forma do Estado e do capital continuarem reproduzindo a força de trabalho, visto que é necessário que haja mão-de-obra, ao menos minimamente, “apta” para atuar na produção e reprodução do capital. O que constatamos porém, é que uma economia capitalista dependente (aos países desenvolvidos, ao Banco Mundial, do FMI) requer pesados investimentos, utilizando inclusive recursos estatais, na infra-estrutura industrial – prioritária numa economia capitalista. Se a verba pública é destinada por um lado para o consumo coletivo e, por outro, para a infra-estrutura industrial, podemos concluir que a segunda, sem sombra de dúvida, é “mais importante” para o sistema posto. Como política pública, as verbas destinadas à saúde são prejudicadas.

Falamos sobre educação em saúde e a necessidade de “saber” para poder prevenir. Além de todas as questões já expostas, torna-se ainda necessário discutir o papel de um profissional que, historicamente, vem sendo o mais valorizado no que se refere às questões de saúde: o médico.

Chamado, erroneamente, de “doutor”, o médico assume um cargo cuja importância é inquestionável: é nele que a população deposita sua confiança maior porque, ao que se espera, ele “sabe” mais sobre a saúde e a doença que qualquer outro mortal. É ele que domina a “arte” de prevenir e curar. Colocamos a palavra “arte” entre aspas, porque o próprio Juramento de

Hipócrates apud Schram (1993, p. 57) faz a ela menção, conforme podemos verificar:

... enquanto conservar sem violação este juramento, que me seja concedido gozar a vida e a prática da arte respeitado por todos os homens, em todos os tempos. Que outro seja meu destino se transgredir ou violar este juramento...

É ele que sabe os sintomas, a profilaxia correta, a melhor forma de conduzir e “resolver” o problema. Toda essa importância dos profissionais de medicina não é natural – é histórica. Coincide com o deslocamento das questões de saúde da esfera privada (a casa, a família), para a esfera pública, assim como também coincide com o surgimento dos postos e hospitais e das especialidades médicas, que conferiram um poder ímpar ao ato médico. Se partimos do pressuposto de que é o médico um dos profissionais cuja palavra é mais valorizada, cabe-nos pontuar que a responsabilidade que este profissional possui é incomensurável. O próprio código de ética médico dita que o médico deve assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde (art. 14). É preciso educar em saúde, alertar, “conscientizar”? O médico também deve fazê-lo, por ser um dever ético e uma responsabilidade que lhe cabe.

No decorrer das entrevistas efetuadas, tornou-se claro que as orientações concedidas às pacientes no decorrer do processo saúde-doença por elas vivenciado, assim como na hora da alta hospitalar são insuficientes e fluidas. Verificaremos esta afirmação baseados nos seguintes relatos:

... posto de saúde eu procurei ali em Forquilha. Fiz um preventivo, ele disse que eu não tinha nada, que tava tudo bem e mandou embora... (M.C.I.).

... mas às vezes eu acho que é um pouco de erro médico. Se a gente diz que tá com uma dor, acho que a primeira coisa que eles devem fazer é mandar fazer um preventivo, ainda mais a gente que é mulher... então no caso eles deveriam fazer o que, eles como médico: se alertando pras dores que eu tinha, porque eu cansei de dizer pro médico ali em Forquilha que eu tinha corrimento e ele não dava atenção – e ele dizia: isso não é comigo. Se ele é ginecologista, é claro que era com ele... já tinha sido internada no hospital em Criciúma com as mesmas dores, e disseram que eu não tinha nada. Diziam que aquilo era só sistema nervoso. (M.C.I.).

... ah... não é assim que eles informam. A gente pede pra fazer. Marca consulta, pede. Daí eles fazem. Depois que eu fiz é que eles disseram pra procurar o HU. Aí sim... (A.F.).

... não. Ali no HU eles não deram informação nenhuma. Era pra mim voltar após 30 dias, e tu sabes que o médico que me deu alta não disse nada pra mim? Eles tinham feito a operação e tinham mandado pra fora, pra ver até que ponto tava a minha doença. Eu vim embora e só voltei porque começou a doer e fiquei preocupada e comecei a sentir mau cheiro, tipo um corrimento. Daí eu fui lá procurar a Dr. A. Cheguei lá e ela me deu a maior bronca. Ela me disse: tu és bem relaxada, né? O preventivo chegou faz 15 dias e tu já era pra ter voltado faz duas semanas atrás. Daí eu disse: mas nenhum médico me explicou isso, que eu tinha que voltar logo.

Daí ela disse: se tu não volta, tu morre. O médico só tinha me dito que eu voltasse quando eu sentisse alguma dor – daí que eu corresse, mas ele não me disse que eu tinha um tempo pra voltar. Eu voltei por minha conta, eu não sabia. Pra começo de história, eu nem tinha consulta marcada e nada. Como é que eu ia saber? Eu não sou médica! Eles que tinham que saber o meu estado em que eu estava... a gente nem sabe de nada... eles que tem que orientar direito... tem que voltar em tantos dias... (M.C.I.).

... não, eles só disseram que era um câncer. Eles não explicaram, mas eu também não entendia. Não achava que era ruim porque eu não me preocupava muito comigo. Me preocupava mais com os outros que comigo... (A.M.G.).

... eu sabia dos preventivo não era por causa do médico não, era das conversa que eu ouvia. Fiz porque tinha dor. Na alta do hospital só me disseram pra volta de tempos em tempos. Acho que não tenho mais nada. Tirei tudo mesmo... (M.C.A.).

... o médico disse que eu tenho que cuidar porque a doença pode matar, ainda mais que eu tô muito velha. Disse pra vir sempre no médico. Mas eu não sabia disso antes, como as minhas filhas sabem. Acho que com elas não acontece não... (T.M.F.).

... sei que o Dr. F. me explicou que era câncer, e eu fiquei assustada. Sabia que isso corrói e mata. Fiquei triste e com medo de morrer. A gente nunca pensa que pode acontecer com a gente, né? ... (A.M.F.).

Diante destes relatos, iniciamos com um citação de Alves (1979, p. 114):

As relações médico-paciente são baseadas em autoridade. Eu, como paciente, não tenho condições de questionar o médico. Seu conhecimento é esotérico e minha atitude é de pura fé e confiança. A sociedade lhe deu um diploma, goza de reputação e foi indicado por pessoas em quem confio. Não possuo instrumentos científicos para avaliar o que ele está fazendo...

Cabe-nos questionar: a população concede ao médico o “poder”, tanto da “cura” quanto da prevenção porque, muitas vezes, o desconhece. Estão os médicos assumindo o seu dever ético? Não haveria uma falha e negligência imensa dos profissionais de medicina neste sentido? Acreditamos que as evidências nos conduzem a concluir que, sem sombra de dúvida, há. E como poderíamos modificar este quadro? Constatamos as falhas e nos permitimos opinar para que algumas mudanças se façam possíveis, ou seja, que a população possa caminhar rumo a uma “consciência” maior sobre o processo saúde-doença como um todo. Há que se modificar a postura profissional e

orientar de maneira correta e simples, utilizando uma linguagem que possa ser compreendida pela população. Não basta somente explicar. É preciso instrumentalizar a população para que esta possa examinar as bases sociais de sua vida e trabalho. Não basta diagnosticar, dizendo: *Dona Fulana, a senhora tem câncer e já está em metástase...* Dona Fulana, certamente, utilizará seus conhecimentos do senso comum para interpretar este diagnóstico e, sem sombra de dúvida, não compreenderá por completo o que se passa em seu corpo. É preciso deixar todo o jargão técnico de lado e falar a mesma linguagem da demanda, caso contrário sempre ocorrerão falhas, tanto de comunicação quanto de compreensão. Todos os profissionais da área da saúde devem estar preparados para saber como orientar para a prevenção, efetivamente educar para questões de saúde, explicar no que consistem determinadas doenças, aqui, particularmente, o câncer, e os médicos, por sua posição de destaque frente à população, e por seu compromisso ético, em hipótese alguma poderiam ser esquecidos. Tudo isso, porém, sem cometer um erro que Canella apud Plaza (1994), nos aponta:

Hoje, a maioria dos médicos impõe seus conceitos às clientes, pois é assim que aprenderam. Sentem-se superiores pelo fato de a cliente não ter o poder do saber que eles têm, e seu saber vem dos estudos. Alguns percebem e muito poucos sentem a igualdade que existe entre eles e suas clientes como pessoas. Ignoram que todos tem necessidades básicas semelhantes, que a pobreza ou a riqueza não tem a ver com seu compromisso profissional com a saúde.

Pode-se questionar: mas a formação obtida no decorrer do curso de medicina consegue abarcar essa prática, por melhor definir, educativa? Caso

não consiga, como agir para que esta prática se faça possível? Talvez pudéssemos pensar que, neste sentido, as equipes inter e multi-disciplinares estivessem ratificando o seu papel e importância.

A Unidade de Internação Ginecológica do Hospital Universitário conta com o trabalho paralelo de uma série de profissionais – enfermeiros, psicólogo, assistente social, técnicos em enfermagem, médicos e estagiários, mas não conta com uma equipe que realmente possa ser intitulada inter ou multi-disciplinar. Não há algo efetivamente estruturado, onde todas as questões relativas aos pacientes pudessem ser discutidas. Talvez os médicos, na existência dessa prática, pudessem absorver alguns ensinamentos acerca de “como” diagnosticar, através do auxílio instrumental que Assistente Social, Psicólogo e Enfermeiro poderiam conceder. Mas isto somente no que se refere ao hospital. Como ficou claro nas falas das pacientes, há falhas inclusive nos postos de saúde – antes mesmo de ser diagnosticado algo “mais grave” – situação, esta, que precisa de uma reavaliação minuciosa e urgente.

Em nosso ponto de vista, o hospital deveria estar sendo efetivamente colocado como a última instância a qual recorrer, e não como uma instituição total. As práticas educativas às quais fazemos menção deveriam dar-se no nível da rede básica e, no caso da prevenção do câncer ginecológico, privilegiar o trabalho educativo com a demanda jovem, para que esta possa, ao tomar consciência da importância de exames preventivos, fazer uso dos mesmos garantindo, assim, a vida.

Cabe-nos pontuar mais algumas questões relevantes.

Mais que simplesmente constatar que a atenção à saúde à população economicamente desfavorecida encontra uma série de falhas, gostaríamos de ressaltar que há um abismo bastante considerável entre a saúde pública e as empresas e hospitais privados. Que a saúde tem um caráter de classe deixamos claro, visto que ela é fruto de uma série de fatores. Saúde, de modo geral, não é dom – é resultante de uma determinada condição social. O que verificamos é que a estratificação da sociedade em classes sociais distintas, além de fazer de uns “saudáveis” e de outros “doentes”, praticamente usurpou dos segundos um direito de atenção à saúde de qualidade.

Verificamos que aqueles que detêm condições materiais de “pagar” por um serviço de “qualidade” o fazem – e são bem atendidos, esclarecidos, conscientizados sobre o processo saúde-doença e sobre o diagnóstico que lhes diz respeito. Quanto à população economicamente desfavorecida, esta amarga horas em filas de espera de postos de saúde e hospitais, sendo que o atendimento não se processa, na maioria das vezes, da mesma forma como citamos anteriormente. Há diagnósticos e atendimentos ruins, fluidos e falhos, para aqueles que encontram-se numa posição ruim, de desfavorecimento numa série de sentidos, dentro da estrutura social vigente. Aos primeiros, cuja posição lhes conferiu o direito efetivo e o “privilégio” de uma maior consciência em relação à saúde, à prevenção – que “sabem” – é igualmente conferido o direito de prevenir. Aos segundos, resta a “cura”. Uma cura muitas

vezes tardia. Uma cura que poderia ter sido evitada caso fosse investido em campanhas e posturas educativas e preventivas. Uma cura que é, concluímos, equivocada. Equivocada em função do fato que, na maioria dos casos, as mulheres são submetidas a histerectomias, totais ou parciais, que significam uma verdadeira agressão, uma mutilação, como podemos verificar nas falas das pacientes – questões, estas, que poderiam ter sido evitadas:

... disseram que tiraram, né? Mesmo que não tivessem falado, eu vi... eu vi eles passar... eles pensaram que eu tava dormindo, eu não dormi. Eu não contei pra família, nada. Eu vi passar. Fiquei triste né, porque eu vi passar... mas aí uma amiga me ajudou... aí eu chorei. Chorei porque eu fiquei sem ele. Não é legal a gente ficar sem um negócio da gente... (A.E.R.).

... tenho uma mágoa muito grande dentro de mim, porque acho que sou nova pra tá inválida. Tenho raiva dos doutorando, sabe? Eles não viram o meu problema? Sempre fiz esses exames, pra ver se tava tudo bom, e nunca deu problema. Agora, da última vez, é que viram... e ainda não foi nem no HU, foi no CEPON. Só operei no HU, mas não deixo mais eles chegar perto de mim. Até o meu marido deixou de trabalhar para poder cuidar de mim. Já pensou se acontece o pior? Nunca me falaram que eu tinha coisa mais grave... pelo menos filho eu tenho, pior se não tivesse. Agora não tenho nada... pelo menos descobriram antes de eu morrer... (S.M.J.S.).

Resta-nos, ainda, tecer mais algumas considerações acerca do sistema de saúde.

Seria ingenuidade pura e simples crer que, somente com mudanças nos níveis educacional, ideológico e cultural todos os problemas existentes em termos de saúde seriam resolvidos. Uma peça teatral, mesmo um monólogo, não pode existir com o auxílio de um só ator. Nada é passível de modificações com ações de uma só natureza. É preciso luta política.

Estamos constantemente vivenciando um fogo cruzado. Por um lado, o SUS prevê uma ampliação quantitativa e qualitativa da ação estatal; por outro, este mesmo Estado não coloca a saúde como prioridade por compactuar de ideais neoliberais instituídos, tanto pela iniciativa privada quanto pelos países desenvolvidos dos quais somos, das maneiras mais sutis, dependentes, assim como de organismos financeiros internacionais (como o Banco Mundial, por exemplo). Como sabemos, porém, a saúde é uma política pública e, para se atingir fins políticos, é necessário utilizar meios políticos, ou seja, luta política. Para que esta se faça possível, porém, há que se analisar uma série de problemas e conflitos existentes. Vários deles já foram evidenciados: a postura dos trabalhadores da saúde, a hegemonia do modelo assistencial curativo, o autoritarismo presente no ato médico, a ideologia neoliberal que perpassa todas as instâncias. Muitas outras questões, porém, devem ser discutidas. Não basta somente constatar e criticar as concepções de saúde dominantes. É preciso viabilizar que o “acesso universal” a mesma se faça presente – operacionalizar mudanças. Como anteriormente problematizamos, o Estado efetivamente prioriza o lucro, e não a defesa da vida humana. Esta se consegue somente sob pressão.

Partimos do raciocínio de que haja, basicamente, duas formas de produção dos serviços de saúde: uma trabalha em prol do mercado, e outra em prol das necessidades de saúde da população, sendo que a hegemonia é detida pela primeira. Esta, porém, não é perfeita, não atinge a grande maioria da população. É por este viés que surge a viabilidade de uma contra-hegemonia,

ou seja, de lutar para que uma nova forma de produzir os serviços de saúde possa emergir. Não estamos propondo “derrubar” toda estrutura existente, porque mesmo dentro de outra proposta, o modelo hospitalar e médico precisará existir. O que estamos discutindo é que o modelo assistencial predominante deva ser alterado, e transformado num modelo de **atenção à saúde**, para que a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) possa avançar. Essa mudança de terminologia, deve-se ao fato de que o **modelo de atenção à saúde**, proposto pelo SUS, pressupõe e exige ações mais amplas que um modelo meramente assistencial. Levando em consideração o conceito de saúde aqui adotado como marco teórico, o modelo atenção à saúde estaria privilegiando ações nos mais diversos níveis: alimentação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a bens e serviços, etc. – visto ser a saúde um “reflexo” de todas essas determinações. De que forma alterar? Fortalecendo os centros de saúde, investindo em campanhas educativas e preventivas, criando distritos, realizando uma melhor distribuição de renda, aumentando a destinação de recursos financeiros, investindo em recursos humanos, concedendo uma remuneração digna aos profissionais, pensando em formas alternativas de construir uma contra-hegemonia, a partir do controle social da população – através de luta política. Não existe respostas prontas, acabadas.

Curar a cultura da cura se faz necessário, mas de que forma e com que critérios? Este é pois, um questionamento que permanece em aberto.

4 O SERVIÇO SOCIAL E A CURA DA CULTURA DA CURA- APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS

Antes de tecer qualquer consideração em relação ao “papel” do Serviço Social no que se refere a **cura da cultura da cura**, procuraremos fazer um breve resgate acerca do objetivo e das formas de intervenção do Serviço Social nos diferentes momentos históricos: como surgiu, quem é, de que forma intervém.

A profissão de Serviço Social nasce no “seio” da Igreja Católica, objetivando, neste contexto, operacionalizar basicamente ações filantrópicas; de “caridade”. As **questões sociais**, alvo da profissão neste contexto, estavam restritas a certos grupos, e não à sociedade como um todo. A partir do momento em que a industrialização se acelera e que, a partir daí, “surgem” classes sociais distintas, a Igreja “repassa” ao Estado os encargos pertinentes às questões sociais e a profissão de Serviço Social “emerge” como braço direito do Estado, para operacionalizar **serviços sociais** à população, garantindo, assim, a paz social e a reprodução das relações sociais vigentes. O Estado, além de “assumir” os encargos relacionados às questões sociais, passa também a intervir junto ao mercado de trabalho, unindo-se à classe que se legitima como dominante – no caso a burguesia. A partir daí, amplia-se o espaço e o objeto de intervenção profissional, visto que as questões sociais apresentam-se – em larga escala, em maior número e mais complexas. A profissão de Serviço Social,

então, necessita viabilizar ações teórico-práticas que melhor respondam aos situações postas e aos interesses (conflitantes) em jogo (Oliveira, 1989).

O significado social da prática profissional do Serviço Social pode ser apreendido de várias maneiras e sob várias enfoques. Trabalhamos, na maior parte da vezes, **para** uns (o Estado, o Capital), **em função de** outros (os excluídos, as diversas demandas). Mesmo que estejamos trabalhando em função daqueles que são desfavorecidos, o modo como esses serviços serão criados e operacionalizados não será por eles escolhido, em certa perspectiva.

O fato que mais nos convém afirmar é que, de modo geral, o Serviço Social atua no âmbito da produção e reprodução social, sendo historicamente vinculado a políticas e programas sociais destinados aos segmentos social, econômico e culturalmente excluídos. A partir de uma concepção mais contemporânea, podemos afirmar que o produto do trabalho do Serviço Social, ou do processo de trabalho do Serviço Social, é a conquista da **cidadania**, mesmo que a categoria profissional não seja uma totalidade homogênea, ou melhor, que existam profissionais de todos os “tipos”: de vanguarda, conservadores, comprometidos, etc.

Gentili (1997, p. 140), nos coloca que, de modo geral

... ao ser criada, a profissão foi definida como “prática social”, concebida no âmbito da “ajuda social”. Evoluiu no processo de pensar-se a si mesma e à sociedade, gerando novas concepções e auto-representações como “técnica social”, “ação social modernizante” e, posteriormente, “processo político transformado”. Hoje põe ênfase nas problematizações da cidadania, das políticas sociais em geral e, particularmente, na assistência social.

Diante destas indicações sobre a profissão de Serviço Social, cabe-nos confrontar as afirmativas explicitadas no decorrer do trabalho com **fazer profissional** do mesmo.

Primeiramente, consideramos relevante salientar que o Serviço Social possui uma certa especificidade profissional, visto que suas práticas são **concretas**, ou seja: sua especificidade está relacionada ao fato de que o profissional de Serviço Social **intervém** na realidade, fato este, que o diferencia da demais ciências sociais particulares.

O Serviço Social trabalha no âmbito da reprodução das relações sociais e sua prática, sob certa perspectiva, possui um caráter político. Segundo Iamamoto (1992, p. 120),

... a prática profissional não tem o poder miraculoso de revelar-se a si própria. Adquire seu sentido, descobre suas alternativas na história da sociedade da qual é parte. Assim sendo, é lançado o olhar para mais longe, para o horizonte do movimento das classes sociais e de suas relações no quadro do Estado e da sociedade nacional, que se torna possível desvelar a prática do Serviço Social, apreender os fios que a articulam às estratégias políticas das classes, desvendar a sua necessidade, os seus efeitos na vida social, assim como os seus limites e as suas possibilidades ...

De modo geral, o Serviço Social, mesmo atuando no âmbito da superestrutura, pode ser caracterizado como um processo de trabalho que resgata valores, cultura, alienação, senso comum, direitos sociais, cidadania, etc. Ou seja: trata-se de um processo de trabalho que, das mais diversas formas, está conectado às questões anteriormente explicitadas.

Mas, na “prática”, como podemos resgatar valores, cultura, alienação, senso comum, direitos sociais e cidadania? Como estes resgates podem ser observados no que se refere à prática do Serviço Social no Hospital Universitário – instituição com a qual estivemos vinculados? E quais as alternativas que podem ser apontadas para que estes tornem-se possíveis?

Procurando responder a estes questionamentos, iniciamos evidenciando que o Serviço Social não é o único **ator** que deverá trabalhar para conquistar a **cura da cultura da cura**, mas sim **um** dos **atores**. Estado, Sociedade Civil e os profissionais de saúde, de modo geral, igualmente devem assumir sua parcela de responsabilidade neste processo de trabalho.

Retornando ao raciocínio central, podemos novamente afirmar que o Serviço Social resgata uma série de questões através de práticas **concretas**. Na medida em que tomamos os valores, a cultura, a alienação e o senso comum como **ponto de partida** para práticas a serem efetivadas, buscando fazer com que estes adquiram maior “consciência”, evidencia-se o caráter político e educador da profissão. Em nível institucional, ou seja, no Hospital Universitário, há muitas questões a serem discutidas e apresentadas.

O Hospital Universitário, mais especificamente a Unidade de Internação Ginecológica, “alvo” central de nossas análises e ponto de partida para a pesquisa efetivada, recebe basicamente “**pacientes**” que necessitam de intervenção cirúrgica, ou seja: “pacientes” pelas quais, no que se refere à busca e prevenção do câncer, pouco ou nada há para ser feito, visto que este já se

encontrava “instalado”. Neste sentido, o caráter **assistencial** do Serviço Social é que se faz mais presente aos olhos dos demais profissionais. **Assistencial** no sentido de viabilização e concessão de auxílios concretos, como auxílio-doença, laudo de tratamento médico fora do domicílio, ambulância, pernoites, alimentação, etc. Parece-nos difícil conceber de que forma cidadania, direitos sociais e outras questões possam ser resgatadas dentro de uma prática tão paliativa, mas, mesmo que de forma muito limitada, era buscado, no decorrer da prática de estágio, resgatar tais questões enquanto direitos. Se partimos do raciocínio da saúde enquanto **direito**, o mesmo dando-se no que se refere ao **serviços sociais** “oferecidos” à população, buscávamos romper com a visão paternalista de “benesse”, de benfeitoria, de que o Assistente Social é “bonzinho” e, por si só, “conseguiria” diversos benefícios para as “pacientes”. Era buscado mostrar que não havia **nada** que fosse feito “por elas” que não fosse um **direito** conquistado, e que as Assistentes Sociais, enquanto profissionais contratadas pelo Estado, estavam somente desempenhando o trabalho que lhes era conferido. Buscava-se, igualmente, alertar para a necessidade de dar continuidade ao tratamento de saúde pós-operatório e questionar sobre os atendimentos efetivados nos postos de saúde mais próximos às “pacientes”- demonstrando que estes deveriam ser procurados em primeiro lugar, ou seja, que este acompanhamento médico fosse efetivado no nível primário de atenção à saúde e também enquanto contra-referência. No caso da “paciente” ter filhas, igualmente questionávamos se estas faziam uso

dos postos de saúde e efetivavam exames preventivos de câncer. Orientávamos, então, para a importância dos exames preventivos. Desencadeávamos aqui, uma discussão relativa à educação em saúde, enquanto objeto de ação do Serviço Social.

Estes procedimentos tinham como objetivo conferir às pacientes seu caráter de sujeito de direitos, embora no que se refere a um trabalho mais amplo de educação em saúde, relativo à prevenção do câncer, pouco fosse feito, em função dos próprios limites institucionais.

A Equipe de Trabalho da Unidade de Internação Ginecológica, sempre teve uma característica bastante peculiar: apesar da inexistência de um caráter inter ou multi disciplinar sistematizado, a equipe demonstrava compromisso efetivo com as “pacientes”, fato, este, que igualmente foi “comprovado” com a pesquisa realizada.

Demonstrava, também, “abertura” para a discussão sobre os “problemas” das “pacientes”, tentando sempre a busca de alternativas conjuntas.

Por outro lado, sabemos que mesmo que o trabalho no âmbito do hospital seja sério e comprometido, este é limitado no que se refere a ações de natureza preventiva, visto que as “pacientes” ali internadas já se encontram com câncer. Acreditamos, então, que meramente discutir os problemas relativos às mesmas não irá reverter quadro algum, embora seja necessário no que se refere ao hospital.

Se o hospital pode, como anteriormente defendemos, desenvolver práticas educativas e preventivas mais efetivas, estas devem dar-se a partir justamente das consultas médicas, em nível ambulatorial, onde o profissional de medicina assumisse essa postura. Mais amplamente, acreditamos na necessidade de que tais posturas educativas e preventivas extrapolem os muros institucionais e sejam inseridas no nível primário de atendimento à saúde, ou seja, nos postos de saúde comunitários – privilegiando o trabalho com a demanda jovem, pautados num programa educativo mais amplo.

Do ponto de vista institucional, porém, todas as práticas profissionais – não somente a do Serviço Social, estão dentro dos “padrões”, pois não podemos esquecer que o intuito central de uma Unidade de Internação é a intervenção cirúrgica, ou seja: a dinâmica institucional (pautada num modelo de saúde, hegemônico, mais amplo), exige práticas imediatistas e emergenciais, justamente em função da situação de doença.

No que se refere ao Serviço Social, porém, trabalhar o indivíduo enquanto **ser social**, contribuindo para o enfrentamento do processo saúde-doença como um todo, requer práticas mais amplas, que requisitam o caráter educador da profissão, assim como a necessidade da mesma situar-se num contexto político mais amplo.

Se concebemos o Serviço Social como um fomentador da **cidadania**, parece-nos que esta pressupõe o desenvolvimento da capacidade crítica, de reivindicação e fortalecimento dos **direitos sociais conquistados** (aqui mais

particularmente a saúde), evidenciando-se, mais uma vez, o caráter político da prática do Serviço Social.

Como ficou bastante claro a partir das falas das pacientes entrevistadas, o desconhecimento em relação ao câncer, implicações e causas do mesmo é um fato bastante relevante. Como “agravante”, muitas vezes as pacientes nem sequer **sabiam** qual **cirurgia** seria realizada, e tampouco com qual objetivo. Neste sentido, procurávamos questionar qual era o motivo pelo qual tinham sido internadas e, diante de algum foco de desconhecimento ou dúvida, orientávamos para que o médico responsável fosse questionado, no sentido de que o diagnóstico fosse melhor compreendido, assim como os procedimentos a serem tomados. No dia seguinte, procurávamos saber se o médico havia ou não, informado, e assim procedíamos até que tivéssemos a “certeza” de que, ao menos de forma limitada, o desconhecimento inicial tivesse sido substituído por um conhecimento um pouco mais “real” e aprofundado.

Atuávamos de modo idêntico em relação aos questionamentos acerca do atendimento efetivado no hospital, mais especificamente na Unidade de Internação Ginecológica. As “reclamações”, porém, foram praticamente nulas quando confrontadas aos problemas de comunicação (e outros) existentes entre médicos e pacientes.

Existiram algumas situações particularmente interessantes, que consideramos relevantes resgatar para, posteriormente, evidenciar de que modo, na “prática” podemos conferir ao “paciente” seu caráter de sujeito de

direitos, construir cidadania, garantir direitos sociais básicos, aqui particularmente a saúde.

Por ser o HU um hospital-escola voltado, para além de seu caráter assistencial, ao ensino e à pesquisa, muitas vezes alunos de medicina presenciavam, em grupo, os procedimentos tomados pelos médicos junto a pacientes da Unidade, fato que, algumas vezes, causava constrangimento às mesmas.

Em momento algum estamos querendo afirmar que o caráter de **ensino** do hospital, no que se refere a ginecologia, deva ser eliminado. Acreditamos que justamente **formar** profissionais competentes é que auxiliará na busca da **cura da cultura da cura**, mas igualmente acreditamos que um profissional competente é aquele que consegue ver o paciente para além de simplesmente um paciente: como um **sujeito** que possui normas e valores, como um ser completo (“visão”, esta, que remete ao conceito de saúde mais amplo que, desde o princípio adotamos). A título de ilustração, uma certa paciente do interior do estado com, na época, 75 anos, sentia-se constrangida até mesmo quando somente um profissional de medicina, inclusive “doutorando”, adentrava em seu quarto para fazer “curativos” e verificar se estava tudo “bem” com ela. Parecia-nos que, além do **tabu** do corpo, peculiar às mulheres de gerações mais antigas (e que até hoje se faz presente), havia **algo mais** por detrás daquele constrangimento. Parece ironia, mas o prontuário das pacientes internadas contém quase todos os dados que são necessários para que um

“perfil” inicial possa ser arquitetado – mas alguns “detalhes” passam despercebidos por alguns profissionais (...) Junto ao “doutorando” que estava co-responsabilizado pela paciente, “descobrimos” que a mesma sentia-se constrangida por um motivo praticamente “elementar”: nunca havia mantido, no decorrer de seus 75 anos de vida, qualquer contato íntimo com um homem, tampouco havia mantido relações sexuais. E este “detalhe” não tinha sido considerado! Fato semelhante ocorreu com uma segunda paciente que, num certo dia, encontrava-se um tanto quanto “silenciosa” e pensativa, relatando, após questionada, que naquele dia, pela manhã, o médico por ela responsável (e os “doutorandos”) haviam estado ali para examiná-la e ela não teve coragem de impedir que o “exame” fosse efetivado por tantas pessoas juntas... tampouco sabia que tinha **direito** de impedir! Orientamos, então, em relação a essa questão, ou seja, sobre o seu direito de abdicar do papel de “objeto de estudo”.

Em momento algum **presenciamos** uma situação como esta, mas acreditamos que “algo errado” deva estar acontecendo. Questionamo-nos se, em primeiro lugar, as pacientes são “conscientizadas” da necessidade e importância desses momentos **concretos** de estudo de forma efetiva e “correta” e se, por outro lado, há uma sensibilização dos profissionais para perceberem quando “as portas não estão abertas”. Às vezes a paciente pode ter consentido por não saber negar, não saber que não precisa consentir, achar que é sua **obrigação** por estar internada “gratuitamente” no hospital e por todos estarem

sendo tão “bonzinhos” com ela, enfim... estas são as questões que, neste sentido, discutíamos e que devem ser discutidas e rediscutidas.

Ratificamos, mais uma vez, que não criticamos **os objetivos** dessas “visitas conjuntas”: criticamos a forma com estas vem sendo conduzidas.

Construir cidadania, garantir **direitos sociais**, na “prática”, sem sombra de dúvida, requer trilhar caminhos muito mais amplos que estes explicitados, mas essa amplitude não descaracteriza a importância dessa construção e garantia em ações cotidianas “pequenas” e, muitas vezes, “elementares”. Garantir que a condição de sujeitos (e não meramente pacientes) das mulheres internadas seja efetivada, que os direitos das mesmas sejam conquistados e vistos como tais, “lançar sementes” para a compreensão da necessidade da “utilização” da rede básica, igualmente é construir cidadania.

Por outro lado, não podemos permitir que esta constatação nos conduza a pensar que a prática profissional do Serviço Social esteja limitada às questões expostas. **Todos nós conhecemos os limites que o cotidiano impõe. Poucos porém percebem as inúmeras possibilidades que constantemente nos são apresentadas.**

Como nos traz Iamamoto (1992, p. 104),

O espaço profissional não pode ser visto apenas da ótica da demanda profissional já consolidada socialmente: trata-se de, tendo por base um distanciamento crítico do panorama ocupacional, apropriar-se das possibilidades teórico-práticas abertas pela própria dinâmica da realidade. Em outros termos: é preciso apreender as demandas

potenciais gestadas historicamente, contribuindo, assim, para recriar o perfil profissional do Assistente Social, indicando e antecipando perspectivas, no nível da elaboração teórica, da pesquisa ou da intervenção profissional, perspectivas capazes de responder às exigências de um projeto profissional coletivamente construído e historicamente situado.

Como afirmamos no decorrer do trabalho, entendemos a necessidade de **educação em saúde de forma ampla**, para além dos muros institucionais. Isto vem requerer ações nos mais diversos níveis: profissionais qualificados na rede básica, mais investimentos, programas educativos mais amplos, etc.

Neste sentido, as maiores dificuldades com as quais nos confrontamos dizem respeito justamente ao modelo hegemônico, que “administra” e tem o poder de determinar as diretrizes do trabalho em saúde. Contudo, há a garantia da saúde e da educação enquanto direito, ditadas pela Constituição Federal de 1988, assim como a proposta do SUS. Então, por mais que o modelo de saúde hegemônico delibere e tenha objetivos distintos, contrários à proposta do SUS, de construção de cidadania, e de “nossa” proposta de **curar a cultura da cura**, o fato da saúde ser **direito** (o mesmo ocorrendo em relação à educação) nos concede um alibi poderoso de luta pela ampliação das políticas públicas, contra um modelo econômico que busca a privatização das mesmas.

Diante disso, arriscamo-nos a pontuar algumas questões que possam ser pensadas e implementadas, tanto no que diz respeito ao Serviço Social, quanto no que diz respeito ao trabalho com saúde, de modo geral. Acreditamos em

algumas “necessidades” para que nossos objetivos sejam alcançados como, por exemplo:

- ◆ Necessidade de reivindicações, junto ao poder público, de programas mais amplos de educação em saúde.
- ◆ Necessidade de uma maior vinculação, tanto do Serviço Social quanto dos demais profissionais de saúde, junto a fóruns, núcleos de estudo e demais instâncias representativas, fazendo uso do caráter político da profissão, objetivando que a proposta do SUS avance.
- ◆ Necessidade de discussões mais amplas acerca da saúde e da postura profissional adotada frente a demanda, assim como necessidade de reavaliação constante quanto à postura, eficácia e efetividade profissional.
- ◆ Necessidade de uma maior inserção de diversos profissionais na rede básica, privilegiando posturas e trabalhos educativos com a demanda jovem, pautados em programas educativos mais amplos, conquistados via reivindicação; luta política.

Uma vez feito esse resgate geral, cabe-nos pontuar que, em hipótese alguma, o presente trabalho tem a pretensão de esgotar-se por si só. Afirmamos que, justamente por ser a cultura uma esfera relevante que, por outro lado, vem sendo pouco discutida, tanto no que se refere a profissão de Serviço Social quanto no que se refere às demais profissões, esta merece um destaque maior. Almejamos, com o presente trabalho, “lançar a bola em jogo”, embora o

mesmo tenha apresentado limitações, nos mais diversos sentidos. Acreditamos que as falas das pacientes, explicitadas no decorrer do trabalho, possuem uma riqueza de dados ímpar, que pode suscitar o interesse por futuras pesquisas a serem realizadas. Também apontamos para o fato de que o “ênfoque”, o eixo teórico poderia ter trilhado outros caminhos (que recomendamos serem pensados e trilhados, caso este desejo se faça presente). Não podemos, contudo, deixar de considerar que falamos, o tempo todo, sobre a necessidade de **cura da cultura da cura** que, mais particularmente no que se refere ao câncer do colo uterino, exige a prevenção, em detrimento à **cura**. Esta prevenção, porém, requer ações educativas, às quais anteriormente já fizemos menção e que, neste momento, só nos convém ratificar a importância.

Contudo, não podemos igualmente desconsiderar que, se partimos do conceito amplo de saúde explicitado a priori, esta **educação em saúde**, para a prevenção, em favor de um modelo de **atenção** à saúde mais efetivo, deve estar vinculada a uma **luta política** mais ampla: por uma melhor distribuição de renda, pelo fortalecimento dos centros de saúde, pela criação de distritos, pelo aumento da destinação de recursos financeiros ao SUS, pelo investimento em recursos humanos, por uma remuneração mais digna aos profissionais de saúde. Somente assim a “contra-hegemonia” que almejamos, a “**cura da cultura da cura**”, poderá ser viabilizada.

As discussões, porém, não se esgotam por aqui. Há muitas questões, ainda, a serem pensadas, discutidas e implementadas por todas as pessoas que, a partir deste trabalho, sintam-se, de alguma forma, inspiradas e motivadas.

Consideramos de extrema importância registrar que, partindo do pressuposto de serem as nove mulheres entrevistadas sujeitos (e não objetos, embora as situações de vida das mesmas tenham se constituído em **objeto** desta pesquisa) do processo saúde-doença e social do qual fazem parte, igualmente buscamos “**construir** cidadania”, explicando, num primeiro momento, o intuito e os objetivos do presente trabalho. Agradecemos às “pacientes” que se dispuseram em auxiliar, com suas ricas falas e experiências, na elaboração deste trabalho. Sem elas, não haveria motivos para tematizar qualquer questão e tampouco motivos para “preocupações”. Os “resultados” da pesquisa, condensados neste trabalho, serão a elas repassados como prova de respeito, agradecimento e, principalmente, compromisso profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Rubem. A empresa da cura divina: um fenômeno religioso. In: VALLE, Edênio, QUEIRÓZ, José J. (org.). *A cultura do povo*. São Paulo: Cortez, 1998, 144 p. p. 111-118.
- BIAZZI, Elizam. *Viva natural: água, ar, sol, repouso, alegria*. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira, 1990.
- CHAUÍ, Marilena. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. A prática como definidora da identidade profissional do Serviço Social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 53, p. 126-144, mar. 1997.
- GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- HOLLANDA, Eduardo. O mobral de dona Ruth. *Revista Isto é*. São Paulo, n. 1443, p. 44-45, maio 1997.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. *Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos*. São Paulo: Cortez, 1992.
- KOIFMAN, Sérgio. Incidência de câncer no Brasil. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Os muitos Brasis – saúde e população na década de 80*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1995. 356 p. p. 143-176.

- LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. *A educação popular enquanto prática de saúde: uma proposta de Serviço Social*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1985.
- MADURO, Otto. *Mapas para a festa: reflexões latino-americanas sobre a crise e o conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 1994. 196 p.
- MARX, Karl. *Contribuição a crítica da economia política*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- OLIVEIRA, Heloísa Maria José de. *Assistência social: do discurso do Estado à prática do Serviço Social*. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.
- PLAZA, Luciana de Oliveira. *Por uma estratégia da saúde frente ao planejamento familiar*. Florianópolis: UFSC, 1994. 85p.
- QUEIRÓZ, Marcos de Souza. *Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS*. Campinas: Editora da UNICAMP, 1991. 138 p.
- SÁ, Celso Pereira. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane Paris (org.). *O conhecimento no cotidiano. As representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993. 311 p. p. 19-45.

SCHRAM, Fermin Roland. A dimensão ética do trabalho em saúde. In: MELO, Joaquim Alberto Cardoso de (org.). *Educação: razão e paixão*. Rio de Janeiro: ENSP, 1993. 108 p. p. 51-64.

SCHULZE, Clélia Maria Nascimento. As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In: SPINK, Mary Jane Paris (org.). *O conhecimento no cotidiano. As representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993. 311 p. p. 266-279.

SIMIONATTO, Ivete. *Gramsci: sua teoria incidência no Brasil, influência no Serviço Social*. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, São Paulo: Cortez, 1995. 278 p.

SISTEMA do país concentra riqueza. *Diário Catarinense*, Florianópolis, 1 jun. 1997. Caderno de Economia, p. 7.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: STOTZ, Eduardo Navarro, VALLA, Victor V. (org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. 166 p. p. 11-22.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. A cultura do povo e a educação popular: sete canções de militância pedagógica. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.). *A questão política da educação popular*. São Paulo: Brasiliense, 1987. 194 p. p. 122-135.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992. 220 p.
- CASCUDO, Luis da Camara. *Tradição, ciência do povo*. São Paulo: Perspectiva, 1971. 199 p.
- CORRIGAN, Paul, LEONARD, Peter. *Prática do Serviço Social no capitalismo: uma abordagem marxista*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- COVRE, Maria de Lourdes Manzini. Cidadania, cultura e sujeitos. In: SPINK, Mary Jane Paris (org.). *A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar*. São Paulo: Cortez, 1994. 197 p. p. 123-146.
- EVELIN, Heliana Baía. *Serviço Social no contexto da cultura*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1994. 95 p.
- FALEIROS, Vicente de Paula. *Saber profissional e poder institucional*. São Paulo: Cortez, 1985.

FERNANDES, Florestan. *O folclore em questão*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1989.

FÓRUM POPULAR ESTADUAL DE SAÚDE (Santa Catarina)
Conselhos municipais de saúde: o controle do SUS pela população. Florianópolis, 1993.

GARCIA, Pedro Benjamim. Educação popular: algumas reflexões em torno da questão do saber. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.). *A questão política da educação popular*. São Paulo: Brasiliense, 1987. 194 p. p. 88-121.

GELBERT, Sarita Olga. Quem educa quem? In: MELO, Joaquim Alberto Cardoso de (org.). *Educação: razão e paixão*. Rio de Janeiro: ENSP, 1993. 108 p. p. 83-88.

HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra Filosofia, 1985.

JANSSEN, Annemarie. Cultura superior?! *Jornal A notícia*, Joinville, 27 nov. 1996. p. 2.

LARAIA, Roque de Barros. *Cultura: um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986. 105 p.

LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

- MARTINELLI, Maria Lúcia. *Serviço Social: identidade e alienação*. São Paulo: Cortez, 1989.
- MELO, Carlos Gentile de. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1977.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Cultura: tradição e contradição. In: MELO, Joaquim Alberto Cardoso de (org.). *Educação: razão e paixão*. Rio de Janeiro: ENSP, 1993. 108 p. p. 43-50.
- PINTO, Rosa Maria Ferreico. *Política educacional e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1986.
- SECRETARIA DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL (Florianópolis). *Manual do cidadão usuário do SUS*. Florianópolis, 1996.
- SPINK, Mary Jane Paris. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, Mary Jane Paris (org.). *O conhecimento no cotidiano. As representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993. 311 p. p. 85-108.
- TEIXEIRA, Maria Cecília Sanchez. *Antropologia, cotidiano e educação*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- VALLA, Victor Vincent. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de saúde e educação. In: STOTZ, Eduardo Navarro, VALLA, Victor V. (org.). *Participação popular*,

educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. 166 p. p. 87-100.

VALLE, Edênio, QUEIRÓZ, José J. (org.). *A cultura do povo*. São Paulo: Cortez, 1979. 144 p.

ANEXOS

Anexo 1

Roteiro de Entrevista

- 1) Nome, idade, número de filhos, situação familiar, profissão, situação previdenciária, econômica e educacional.
- 2) Costumava procurar atendimentos médicos (de modo geral) periodicamente?
- 3) Em caso de doença, procurava algum atendimento?
 - a) Posto de saúde
 - b) Hospital
 - c) Médico particular
 - d) Farmácia
 - e) Remédios caseiros
 - f) Orações
 - g) Curandeiras
 - h) Outros
- 4) Em caso positivo, qual?
- 5) Em caso negativo, por quê?
- 6) Na gravidez, você ia ao médico?
- 7) Como se preparava para o parto?
- 8) Como foram seus partos?
 - a) No hospital
 - b) Em casa, com parteira
 - c) Em casa, sem parteira
 - d) Outros. Como?
- 9) Efetivava atendimentos médicos, ginecológicos, periodicamente?
- 10) Quando menina, como você aprendeu sobre menstruação e sobre como nascem os filhos?
- 11) Como você ensinou essas coisas às suas filhas?

- 12) Efetivou algum exame preventivo de câncer? Com que idade? Qual o motivo?
- 13) Você sabe como a mulher deve prevenir as doenças do útero?
- 14) O que sabe sobre a “doença” que vivencia?
- 15) Como descobriu que estava com câncer?
- 16) Foi internada alguma outra vez? Qual o motivo?
- 17) Recebeu que tipo de informações na alta hospitalar?
- 18) Procurava atendimentos no posto de saúde do seu bairro?
- 19) Caso sim, como foi o atendimento em relação:
 - a) Informaram sobre a importância de exames pré-natais e preventivos?
 - b) Como se processou o atendimento?
 - c) Que tipo de orientações recebeu?
- 20) Suas filhas costumam fazer exames preventivos?